

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

**Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Les Hautes Bruyères »  
65, rue de Verdun  
Villejuif (94800)**

**RAPPORT D'INSPECTION  
SIICEA 2025\_IDF\_00012  
Contrôle sur place le 20 février 2025**

**Mission conduite par :**

**Textes de  
référence**

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

## 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>7</b>
1.1. La conformité aux conditions de l'autorisation	7
1.2. Le CPOM	7
1.3. La population accueillie	7
1.4. Le management et la stratégie	7
1.4.1.1. Le règlement de fonctionnement	7
1.4.1.2. Le projet d'établissement	7
1.4.1.3. Le plan bleu	8
1.4.1.4. La direction	8
1.4.1.5. L'encadrement intermédiaire	8
1.5. La qualité	9
1.6. Les affichages	9
1.7. La bientraitance	9
1.8. La gestion des risques	10
1.8.1.1. Les plaintes	10
1.8.1.2. Les événements indésirables	11
<b>2. Les fonctions support</b>	<b>12</b>
2.1. Gestion des ressources humaines	12
2.1.1.1. Les profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante	12
2.1.1.2. Le taux d'encadrement	12
2.1.1.3. Les qualifications	12
2.1.1.4. Les profils et effectifs des professionnels administratifs salariés	13
2.1.1.5. Les postes vacants	13
2.1.1.6. Les contrats de travail	13
2.1.1.7. Le taux d'absentéisme	14
2.1.1.8. Le taux de rotation	14
2.1.1.9. Les dossiers administratifs	14
2.1.1.10. Les intervenants et prestataires externes	14
2.1.1.11. Le plan de formation	14
2.1.1.12. L'accueil des nouveaux professionnels	15
2.1.1.13. Les temps d'échange institutionnel	15
2.1.1.14. Les plannings	15
2.1.1.15. L'analyse des plannings (cf. annexe 4)	16
2.1.1.16. Les fiches de poste	18
2.2. La gestion des informations	19
2.2.1.1. Le registre du personnel	19
2.2.1.2. Le registre des entrées et des sorties	19
2.2.1.3. Les dossiers des résidents	19
2.3. Les locaux et la sécurité	20
2.3.1.1. Les réparations et le nettoyage	20
2.3.1.2. La salle d'apaisement	20
2.3.1.3. Le Document unique d'évaluation des risques professionnels	20
2.3.1.4. La vaccination des usagers	20
<b>3. L'accompagnement</b>	<b>21</b>
3.1. L'organisation de l'admission à la sortie	21
3.2. Les projets personnalisés d'accompagnement	21
3.3. Le respect des droits et libertés des personnes	22
3.4. Le CVS	24
3.5. Les familles et les sorties	24
3.6. Les activités	25
3.7. L'alimentation	26
3.7.1.1. Les régimes et textures	26
3.7.1.2. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	27
3.7.1.3. La qualité des repas, le suivi de l'état nutritionnel	27
3.8. La dispensation des soins	28

3.8.1.1. L'organisation des soins	28
3.8.1.2. L'organisation des soins définie par le projet d'établissement	28
3.8.1.3. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante	28
3.8.1.4. La coordination des soins	29
3.8.1.5. Les plannings et l'organisation de la continuité des soins	29
3.8.1.6. Les missions médicales	29
3.8.1.7. La psychologue	30
3.8.1.8. L'infirmier	30
3.8.1.9. La prise en charge en rééducation	32
3.8.1.10. La gestion des urgences	32
3.8.1.11. Les supports de transmissions écrites des professionnels extérieurs	33
3.8.1.12. Les procédures et protocoles	33
3.8.1.13. Le traitement de la crise épileptique	33
3.8.1.14. La prévention des escarres	33
3.8.1.15. Le traitement de la douleur	33
3.8.1.16. Les soins palliatifs	34
3.8.1.17. Les contentions	34
3.8.1.18. La gestion des épisodes de violence entre usagers	34
3.8.1.19. Les accompagnements	34
<b>3.9. Le circuit du médicament</b>	<b>34</b>
3.9.1.1. La procédure	34
3.9.1.2. Les commandes	35
3.9.1.3. La livraison	35
3.9.1.4. La dispensation	35
3.9.1.5. Le stockage	35
3.9.1.6. La distribution et l'administration	35
<b>4. Le récapitulatif des écarts et des remarques</b>	<b>37</b>
4.1. Les écarts	37
4.2. Les remarques	37
<b>5. La conclusion</b>	<b>39</b>
<b>6. La liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport</b>	<b>40</b>
<b>7. Les annexes</b>	<b>41</b>
Annexe 1 La liste des personnes avec lesquelles la mission s'est entretenue	41
Annexe 2 La lettre de mission des agents chargés du contrôle	42
Annexe 3 La liste des documents demandés	44
Annexe 4 L'analyse des plannings	50

## La synthèse

### Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette inspection inopinée s'est déroulée dans de bonnes conditions grâce à l'accueil des professionnels, et ce malgré l'absence du directeur.

Des entretiens ont été réalisés (liste des personnes rencontrées dans l'annexe 1) ainsi qu'une visite de l'établissement.

Elle a notamment eu 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, notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND).

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

L'équ

Le contrôle a été réalisé sur site le 20 février 2025 de manière inopinée<sup>2</sup>. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 3**.

<sup>1</sup> Cf. la lettre de mission en annexe 2.

<sup>2</sup> Sans annonce préalable à l'établissement

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

La MAS respecte les normes réglementaires et les bonnes pratiques et réalise un travail d'accompagnement de qualité. Quelques écarts et remarques ont tout de même été constatés par la mission :

- Les actions du plan de promotion de la bientraitance que la MAS n'ont pas encore réalisées ;
- La formation aux situations sanitaires exceptionnelles n'est pas réalisée tous les ans ;
- Le nombre d'agents par jour n'est pas homogène et constant et peut conduire à des situations de sous-effectif par unité de vie ;
- Deux diplômes d'IDE n'ont pas été transmis, ni la preuve de leur inscription à l'ordre
- Le pilotage des ressources humaines est perfectible : des données divergent entre documents voire peuvent manquer, comme dans les plannings ou le registre unique du personnel. Les dossiers du personnel sont incomplets ;
- Des postes vacants ne sont pas pourvus ;
- Un glissement de tâches a été constaté : le personnel de nuit réalise des missions d'AS sans en avoir le diplôme ;
- Le repérage des troubles de la déglutition, notamment à l'admission, n'est pas systématique ;
- Le tableau de suivi des poids ne donne qu'une vision partielle du suivi nutritionnel ;
- La psychologue ne trace plus les séances de remédiation cognitive depuis 2024 alors que cela fait partie de sa fiche de poste ;
- La traçabilité des observations de la psychomotricienne sous forme de transmissions n'est pas cohérente avec l'utilisation [REDACTED] ;
- Le suivi de la douleur ne s'appuie sur aucune échelle ;
- Une résidente est sous contention, mais celle-ci n'a pas donné lieu à une prescription ;
- Les casiers nominatifs contenant les boîtes de médicaments hors PDA ne mentionnent pas tous le prénom des résidents et les boîtes de médicaments qu'elles contiennent ne sont pas identifiées aux noms des résidents

# 1. La gouvernance

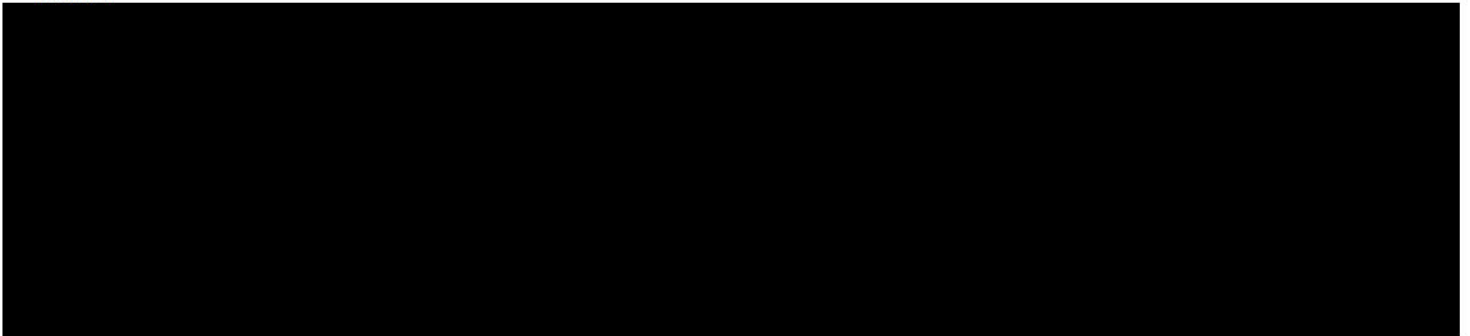
## 1.1. La conformité aux conditions de l'autorisation

La MAS est autorisée pour [REDACTED] ainsi réparties suite au dernier arrêté n°2024-96 du 31 mai 2024 :



## 1.2. Le CPOM

La MAS fait partie du CPOM régional signé en 2022 par La Fondation des Amis de l'Atelier avec l'ARS IdF, la Ville de Paris, les Conseils départementaux de Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne.



## 1.3. La population accueillie

La MAS accueille principalement des adultes en situation de handicap psychique ou présentant des troubles du spectre autistique (TSA).

Le vieillissement de la population accueillie est une tendance marquante avec un besoin accru d'accompagnement gériatrique et d'adaptation des prestations.

La MAS a trois pôles :

1. Un pôle des résidents aux troubles du spectre autistique ;
2. Un pôle « senior » de personnes en situation de handicap vieillissantes ;
3. Un pôle dit de « réhabilitation » pour des résidents plus autonomes.

## 1.4. Le management et la stratégie

### 1.4.1.1. Le règlement de fonctionnement

L'établissement a un règlement de fonctionnement qui a été validé par le CVS le 15 juin 2022. Il est affiché dans les locaux et contient les dispositions réglementaires prévues à l'article R. 311-35 du CASF.

### 1.4.1.2. Le projet d'établissement

L'établissement a un projet d'établissement rédigé en 2022.

Il a été constaté son affichage dans l'établissement. Le projet d'établissement a été synthétisé sous forme de livret pour en faciliter l'accès et la lisibilité.

Il existe une procédure de l'association gestionnaire de création, de renouvellement et de diffusion du projet d'établissement.

Le projet d'établissement contient les dispositions prévues par les neuf alinéas de l'article D. 344-5-5 et l'article D. 311-38-3 du CASF.

#### 1.4.1.3. Le plan bleu

L'établissement a un plan bleu actualisé le 6 juin 2024. Il est conforme aux dispositions prévues par l'article R. 311-38-1 du CASF.

#### 1.4.1.4. La direction

Le directeur est diplômé de deux masters obtenus à l'université d'Aix-Marseille :

Une organisation est prévue en cas de l'absence du directeur. Le jour de la mission, il était en congés et l'établissement fonctionnait normalement.

Le directeur a un document unique de délégation validé le 17 décembre 2014 par le Conseil d'administration de l'association gestionnaire. Il a été signé par la précédente Directrice générale. Il précise la nature et l'étendue de la délégation comme attendu par l'article D. 312-176-5 du CASF.

Le directeur a réalisé en 2024 un entretien annuel avec la directrice territoriale, dont le compte-rendu a été communiqué à la mission.

Les astreintes sont partagées entre la direction et l'encadrement intermédiaires (les chefs de service).

Le directeur organise toutes les semaines des comités de direction (CODIR) avec l'encadrement. Des comptes rendus sont réalisés. A leur lecture, il y est question des sujets suivants :

- Des résidents : leur admission, leur sortie, leurs besoins d'accompagnement, les activités, les séjours à l'extérieur ;
- Des événements indésirables, des comportements problématiques,
- Des ressources humaines : des recrutements, des licenciements, des pièces de leur dossier à mettre à jour, des arrêts de travail, du climat social, des entretiens professionnels, du plan de formations, des absences, des astreintes
- Du CPOM, du projet d'établissement, du plan qualité, de l'évaluation externe ;
- De logistique : des besoins en mobilier, des réparations, de l'acquisition de matériel ;
- Des instances : CVS, réunions institutionnelles, etc.

#### 1.4.1.5. L'encadrement intermédiaire

La MAS a quatre chefs de service diplômés :

- Le chef de service du pôle dit « senior » qui est également cadre de santé ;
- La cheffe de service du pôle dit « réhabilitation » ;
- Le chef de service du pôle « TSA »

- Le poste de chef de service administratif est vacant mais il est prévu sa mutualisation pour le futur « pôle d'accompagnement habitat 94 » de la Fondation avec d'autres établissements et services.

## 1.5. La qualité

Le responsable qualité de la MAS est le directeur lui-même.

Les évaluateurs externe [REDACTED] qui se sont rendus sur place les 16 et 17 octobre 2024 ont rendu leur rapport le 10 décembre 2024, qui a été transmis à la mission.

L'établissement a un plan d'amélioration continue de la qualité.

Au 28 janvier 2025, les actions n'étant pas encore réalisées à 100% sont les suivantes, classées selon leur degré de réalisation :

- L'action qui ne l'est qu'à 25% est de « construire un plan de prévention des risques pour les résidents » ;
- Celles qui ne le sont qu'à 50% :
  - o Mettre en place un tableau de bord pour le suivi du projet d'établissement ;
  - o Mettre place des groupes de parole résidents sur la vie affective et sexuelle ;
  - o Organiser des formations et journées de sensibilisation sur la bientraitance ;
  - o Mettre à jour les procédures et protocole des services généraux ;
  - o Faire une convention avec le service des urgences du CHU de proximité ;
  - o Mettre en place un système de tri des déchets de la structure
- Celles qui ne le sont qu'à 75% :
  - o Mettre à jour les classeurs de procédures des salariés (système documentaire et papier) sur la démarche qualité et la gestion des risques ;
  - o Nommer des référents en vie affective et sexuelle et les former ;
  - o Réaliser un bilan annuel des plaintes des résidents et des familles ;
  - o Mettre à jour les procédures RH ;
  - o Mettre à jour les procédures de gestion du dossier du résident ;
  - o Changer le mobilier abîmé et inadapté.

Des comités qualité et de gestion des risques sont organisés tous les mois pour suivre les actions d'amélioration de la qualité de la MAS.

Lors du comité qualité du 29 mars 2024, pour le suivi des actions d'amélioration de la qualité ont été désignés des référents au sein des unités (les coordinateurs d'accompagnement et les chefs de service).

**Remarque 1 :** Treize actions du plan qualité n'ont pas été entièrement réalisées

## 1.6. 1Les affichages

La mission a constaté que tous les affichages réglementaires étaient présents le jour de la mission, à savoir : la dernière enquête de satisfaction, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, les arrêtés d'autorisation, les horaires d'ouverture de la structure.

## 1.7. La bientraitance

La MAS a une procédure pour gérer les faits de maltraitance. Ces événements sont enregistrés avec les autres événements indésirables et donnent lieu à un traitement dédié de la part de l'encadrement.

La MAS forme son personnel à la bientraitance : des attestations de participation à des formations ont été transmises et des formations sont prévues au plan de formation de 2024, qui sont reconduites pour 2025.

Des formations sont prévues pour la gestion des troubles du comportement qui sont un facteur de risque de maltraitance : « Bientraitance face au refus de soins » ; « Gestion de la violence » ; « PCM (« professional crisis management ») » et « Instructeur PCM » suivie par le chef de service du pôle TSA pour former en interne les professionnels de la MAS.

La MAS a une charte de promotion de la bientraitance. Son référent « bientraitance » est le chef de service du pôle « senior », qui est le cadre de santé. Il est chargé du plan de promotion de la bientraitance (cf. Document 1). Ses actions sont pilotées par une diversité de membres du personnel. A l'échelle des unités dans les pôles, des ambassadeurs ont été nommés.

**Document 1. Plan de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance de la MAS Les Hautes Bruyères (source : établissement)**

**1<sup>er</sup> Axe : Faire respecter et promouvoir les droits d'expression des personnes accueillies**

1. Améliorer l'information, l'expression et la participation des personnes accueillies et de leur entourage, afin de libérer la parole des usagers et de faciliter les signalements de maltraitance :
  - Généraliser les réunions d'expression avec les résidents sur le thème de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ;
  - Recueillir leurs attentes ou plaintes via le formulaire dédié et assurer un suivi des réclamations en comité qualité et au CVS ;
  - Faire un relevé de décisions au CVS des demandes d'amélioration de l'exercice des droits des résidents
2. Développer la communication alternative dans la MAS pour faciliter le recueil des souhaits).
3. Prévenir et éviter les maltraitances :
  - Recenser systématiquement les situations à risque et les traiter dans le cadre du projet personnalisé ;
  - Assurer un suivi et l'analyse de tous événements indésirables liés à suspicion d'une maltraitance au comité qualité et gestion des risques et au CVS.

**2<sup>ème</sup> Axe : Promouvoir une culture commune des professionnels**

1. Création d'un groupe pérenne sur la bientraitance et l'éthique : à l'issue de la formation sur la bientraitance et l'éthique de 2024, mise en place d'un groupe pérenne éthique et bientraitance qui se réunira mensuellement tous les derniers vendredis du mois à partir du mois de juillet ;
2. Nomination d'un ambassadeur de la bientraitance dans chaque unité de vie : les membres sont des ambassadeurs de leurs unités respectives : chaque ambassadeur a pour mission de promouvoir la bientraitance dans son unité, de recenser les questionnements éthiques et participer aux réunions mensuelles du groupe ;
3. Nomination d'un référent institutionnel de la bientraitance : c'est le chef de service soins ;
4. Rédaction d'un document sur la définition institutionnelle de la bientraitance et de la maltraitance avec la participation des résidents ;
5. Diffusion des documents du comité éthique de la Fondation ;
6. Porter des questions sur l'éthique au niveau du comité éthique de la Fondation ;
7. Mise en place de questionnaires anonymes institutionnels pour l'ensemble des professionnels pour évaluer sa posture relativement à la bientraitance

**3<sup>ème</sup> Axe : Intégrer la politique de bientraitance et lutte contre la maltraitance dans la gouvernance de la structure :**

1. Rajouter l'avenant volet bientraitance et lutte contre la maltraitance au projet d'établissement actuel ;
2. Améliorer la collaboration avec les partenaires dans le territoire et avec les autorités qui sont impliqués dans la question de la lutte contre la maltraitance et les questions éthiques ;
3. Organiser chaque année une formation sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance ;
4. Organiser des temps de sensibilisation interne avec le référent et ambassadeurs bientraitance ;
5. Diffuser régulièrement des documents d'information pour les résidents et salariés (la procédure de signalement de fait de maltraitance, brochures diverses la bientraitance et lutte contre la maltraitance et les l'intégrer dans le livret d'accueil résident et salarié) ;
6. Organiser des retours d'expérience sur le traitement des signalements de maltraitance lors du comité qualité et gestion des risques et au CVS (conseil de la vie sociale).

La MAS n'a pas encore réalisé toutes les actions de son plan de promotion de la bientraitance.

## 1.8. La gestion des risques

### 1.8.1.1. Les plaintes

La MAS a un dispositif pour l'enregistrement et le traitement des plaintes des résidents et des familles.

D'après les registres pour les années 2023 et 2024 qui ont été transmis, il est constaté que des réponses sont apportées aux plaignants.

La MAS a fait en 2024 le bilan des plaintes reçues dans l'année en septembre lors du comité qualité du 20 septembre 2024 ainsi que lors du CVS du 10 octobre 2024.

#### **1.8.1.2. Les événements indésirables**

La MAS a une procédure que le personnel interrogé connaît : il sait comment remplir et remonter des fiches d'événements indésirables.

La MAS a un registre interne des événements indésirables.

Le bilan des événements indésirables 2024 a été présenté lors du CVS du 10 octobre.

Lors des comités de qualité et de gestion des risques, des bilans des événements indésirables sont réalisés deux fois par an : en 2024, les bilans ont été faits en janvier et en septembre.

La MAS a une « charte de confiance et d'incitation à la déclaration des événements indésirables ».

La direction est responsable des transmissions des événements indésirables graves à l'ARS.

En 2023, cinq événements graves ont été remontés à l'ARS :

- Deux fugues survenues en juillet (le 4 et le 13 juillet) ;
- Deux événements indésirables associés aux soins, pour des erreurs médicamenteuses ;
- Un événement indésirable grave associé aux soins pour une fausse route ayant donné lieu à un appui de la STARAQS (Structure Régionale d'Appui à la qualité et à la sécurité des soins) et à des protocoles (double contrôle des repas, évaluation des facteurs de risque de fausse route) ainsi qu'à une formation à la déglutition et au repérage des fausses routes.

En 2024, quatre événements indésirables ont été remontés à l'ARS :

- Un événement indésirable d'un résident qui s'était automutilé ;
- Deux événements indésirables associés aux soins pour des erreurs relatives au circuit du médicament ;
- Un événement indésirable grave associé aux soins pour une fausse route.

## 2. Les fonctions support

### 2.1. Gestion des ressources humaines

#### 2.1.1.1. Les profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante

Les profils et effectifs des professionnels salariés de l'équipe pluridisciplinaire ont été transmis par l'établissement (pièce n° 61 – « tableau des personnels salariés ») et il est constaté que la composition de l'équipe pluridisciplinaire est conforme à la réglementation.

A cette équipe salariée, s'ajoutent des professionnels libéraux pour compléter la prise en charge de l'établissement. Ces professionnels libéraux sont nommés sur l'organigramme transmis (pièce n° 4). Il s'agit d'un orthophoniste et d'un kinésithérapeute. Cependant le nombre d'ETP n'est pas précisé.

La mission note que sur l'organigramme fourni par l'établissement, il n'est pas opéré de distinction entre les fonctions d'aide-soignant et celles d'AMP, d'AES et moniteurs éducateurs (à l'inverse du tableau des effectifs). L'organigramme indique que ces professionnels sont des « accompagnants ».

La mission constate également que l'équipe de nuit est de [REDACTED] Il semble que les deux veilleurs de nuit non diplômés n'aient pas été comptabilisés dans le tableau des effectifs.

**Remarque 2 :** Les données sur les ETP sont divergentes entre l'organigramme et le tableau des effectifs.

#### 2.1.1.2. Le taux d'encadrement

#### 2.1.1.3. Les qualifications

L'établissement a transmis 14 diplômes d'AES en CDI, 19 diplômes d'AS en CDI, 12 diplômes d'AMP en CDI, 2 diplômes d'assistante de vie. Ces données sont cohérentes avec les données figurant sur le tableau des effectifs. Selon les entretiens individuels certains agents intégrés à l'équipe de soins ne seraient pas toujours diplômés, en CDI ou CDD.

Pour les IDE la mission a reçu 4 diplômes d'IDE (dont celui de l'IDEC) et 2 attestations, dont une qui évoque un diplôme étranger mais sans équivalence nationale en France. De plus cet agent n'apparaît pas dans le RUP. Sur le planning du premier trimestre 2025 il n'est pas précisé le nom d'une intérimaire IDE.

**Remarque 3 :** Sur le planning du premier trimestre 2025, il n'est pas précisé le nom d'une intérimaire IDE.

<sup>3</sup> Equivalent temps plein

La mission a reçu également le diplôme de la psychomotricienne, le diplôme de la psychologue, 2 diplômes d'éducateurs spécialisés, 3 diplômes de moniteurs éducateurs et 2 diplômes d'éducateurs spécialisés. Parmi les coordinateurs un agent n'a pas le diplôme d'éducateur spécialisé mais un master en sciences politiques.

**Écart 1 :** La mission n'a pas reçu la copie de deux diplômes des IDE exerçant dans l'établissement. Cette situation contrevient à l'article 1421-3 du CSP<sup>4</sup>.

La mission n'a pas trouvé sur le site annuaire-santé.fr l'inscription ordinale d'une IDE recrutée en CDI en septembre 2022 au nom/prénom figurant sur le RUP. Ce fichier répertorie les professionnels inscrits aux ordres dont ils dépendent. (« annuaire santé »).

**Écart 2 :** La mission n'a pas retrouvé, pour certaines IDE figurant à l'effectif, de trace d'inscription à leur Ordre professionnel. Cela contrevient à l'article L 4311-15 du CSP<sup>5</sup>.

S'agissant de l'équipe de nuit, composée de 9 agents, deux d'entre eux sont veilleurs de nuit. Lors des entretiens il a été dit à la mission que les veilleurs de nuit ont les mêmes fonctions que les AS de nuit.

#### **2.1.1.4. Les profils et effectifs des professionnels administratifs salariés**

L'équipe d'entretien est constituée de 5 agents de service intérieur et d'un agent technique pour les réparations.

Les autres postes administratifs occupés sont celui d'assistant de service social, le secrétariat et la direction.

Pour la cuisine, l'établissement dispose d'un prestataire. Tous les plats sont transportés à la MAS et réchauffés à chaque étage.

#### **2.1.1.5. Les postes vacants**

Les effectifs cibles s'élèvent à un total de [REDACTED]

La proportion d'ETP en contrat à durée déterminée (CDD) et intérimaires est inférieure à 50% des ETP en contrat à durée indéterminée (CDI).

Ceux-ci se répartissent en deux groupes :

- [REDACTED]
- [REDACTED]

**Remarque 4 :** [REDACTED] Cette situation est susceptible d'impacter la qualité de la prise en charge des résidents.

#### **2.1.1.6. Les contrats de travail**

En cas d'absence, la direction recrute des vacataires et non des intérimaires. [REDACTED] Le registre unique du personnel (RUP) précise la fonction occupée mais ne précise pas la qualification de l'agent.

Le nombre de postes vacants étant relativement réduit [REDACTED]

**Remarque 5 :** Le RUP précise la fonction occupée mais ne précise pas la qualification de l'agent comme le prévoit l'article L. 1221-13 et D. 1221-23 du code du travail.

<sup>4</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 nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre autres, 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. »

<sup>5</sup> Article L 4311-15 du CASF : « Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requise pour l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, avant leur entrée dans la profession, ainsi que celles qui ne l'exerçant pas ont obtenu leur titre de formation depuis moins de trois ans. »

### 2.1.1.7. Le taux d'absentéisme

D'après les entretiens, les agents sont remplacés lors des absences et le personnel est stable.

[REDACTED] à cause du Ségur du médico-social des EHPAD : le personnel ayant préféré partir en EHPAD à cause des meilleurs salaires proposés).

[REDACTED] selon déclaration, [REDACTED] à cause de nombreux licenciements, de départs en retraite, de fin de période d'essai, et du Ségur de la santé.

### 2.1.1.8. Le taux de rotation

[REDACTED]  
[REDACTED] mais supérieur au taux national de [REDACTED]. Le taux 2024 serait relativement bas, selon la direction, grâce à la politique de fidélisation du personnel.

### 2.1.1.9. Les dossiers administratifs

Les dossiers RH (la mission a consulté 8 dossiers) sont relativement complets (contrat, attestation du casier judiciaire, diplôme) mais il manque la fiche de poste, les attestations de formation, et le dernier entretien professionnel (celui-ci serait disponible en version informatique, selon la responsable RH)

Sur 8 dossiers de professionnels consultés, la mission a constaté que :

- Les 8 dossiers consultés contiennent un contrat ou un avenant. Mais parfois l'avenant est présent sans le contrat initial ;
- Les 8 dossiers disposent tous d'une attestation du casier judiciaire B3, la consultation des bulletins du casier judiciaire étant tracée dans un fichier de vérification ;
- 2 dossiers sur 8 ne contiennent pas de diplôme ;
- Aucun dossier ne comprend de fiche de poste ;
- 5 dossiers sur 8 ne contiennent pas de compte rendu d'entretien professionnel ;
- 1 seul dossier contient une attestation de suivi ;

**Remarque 6 :** Les dossiers administratifs des salariés consultés par la mission sont incomplets. Il y manque notamment le diplôme, la fiche de poste et le compte rendu du dernier entretien professionnel.

### 2.1.1.10. Les intervenants et prestataires externes

Un orthophoniste et un kinésithérapeute interviennent en libéral. Le poste d'animateur a été remplacé par le poste d'animateur sportif. Une art thérapeute intervient également 42 h par mois. En entretien, il a été précisé à la mission qu'un podologue intervenait en libéral mais celui-ci n'apparaît pas sur le tableau des effectifs.

D'après les entretiens, il n'existe pas de registre (différent de celui des entrées et des sorties des résidents) ou sont répertoriées les informations sur les intervenants et les prestataires.

**Remarque 7 :** Il a été précisé à la mission en entretien qu'un podologue intervenait en libéral, mais celui-ci n'apparaît pas sur le tableau des effectifs.

### 2.1.1.11. Le plan de formation

Il existe un plan de formation pour les professionnels de l'établissement. Les plans de formation 2022, 2023, 2024 et 2025 ont été adressés à la mission.

Les salariés font remonter leurs besoins en formation lors des évaluations annuelles et également par un document spécifique (souhaits de formation de chaque agent).

La mission constate qu'il existe chaque année une formation dédiée à la bientraitance ou à la prévention de la maltraitance, aux gestes d'urgence, à la sécurité incendie, à la sécurité et santé mentale du travailleur, aux communications alternatives, aux troubles du comportement et sensoriels, et sur les comportements à problème.

En revanche la mission constate qu'il n'existe pas de formation depuis les quatre dernières années sur les situations sanitaires exceptionnelles. Et le plan de formation 2024 ne précise pas le nombre d'agents concernés par les formations.

**Remarque 8 :** La mission constate qu'il n'existe pas de formation depuis les quatre dernières années sur les situations sanitaires exceptionnelles. Et le plan de formation 2024 ne précise pas le nombre d'agents concernés par les formations.

#### **2.1.1.12. L'accueil des nouveaux professionnels**

Il existe une procédure d'accueil des nouveaux professionnels, pour les stagiaires et les intérimaires. La procédure d'accueil est décrite dans le livret d'accueil des salariés. Celui-ci détaille les éléments qui concernent l'arrivée du nouveau salarié. Il existe aussi une procédure d'intégration des nouveaux salariés datée de 2024, qui complète le livret d'accueil.

Un tuteur est nommé lors de l'arrivée d'un nouveau professionnel. Le livret d'accueil des salariés prévoit la présence d'un « parrain ». En page 59, le projet d'établissement présente une thématique ressources humaines mais la thématique de « l'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés », n'est pas développée dans la partie RH.

**Écart 3 :** La thématique de « l'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés », n'est pas développée dans le projet d'établissement. Cette situation contrevient à l'article D344-5-14 al 2<sup>e</sup> du CASF.

Il existe une fiche de poste pour tout le personnel. Elle leur a été remise mais ne figure pas dans le dossier papier RH.

Les nouveaux arrivants disposent d'identifiants et de mots de passe individuels, d'un plan de soins et des procédures existantes.

#### **2.1.1.13. Les temps d'échange institutionnel**

Il existe 3 grandes réunions institutionnelles organisées chaque année où l'ensemble des salariés sont présents.

Il existe une réunion hebdomadaire du service administratif de la direction, deux réunions par mois des services généraux, et une réunion hebdomadaire sur chaque unité.

Tous les lundis matin le directeur se réunit avec les chefs de service en CODIR.

#### **2.1.1.14. Les plannings**

Les plannings sont affichés à l'entrée de tous les services. Ce sont les trois chefs de service qui produisent les plannings à l'aide de [REDACTED]

Selon les entretiens, les agents disposent de leur planning au moins un mois à l'avance. Les plannings sont relativement précis mais ceux-ci ne mentionnent pas la qualification des professionnels (surtout pour l'équipe d'accompagnants et pour l'équipe de nuit). Les temps de pause ne sont pas indiqués. Il y a parfois des anomalies dans les plannings, telles que des horaires de jour qui sont affichés sur le planning de nuit.

Sur le planning de nuit ci-dessous on constate, pour le 28 et 30 janvier 2025, des horaires de journée : 14h00 --17h30, qui n'ont pas leur place sur ce planning :

<sup>6</sup> L'établissement ou le service a une mission de transmission des savoirs, d'encadrement et d'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service

Document 2. Extrait de planning comportant des anomalies

S5		
M	M	J
28	29	30
CSA	CSA	CSA
CSA	CSA	CSA
CSA	CSA	CSA
CSA	CSA	CSA
	RH	20h45
	RH	7h45
		20h45
		7h45
20h45		RH
7h45		RH
	RH	14h00
	RH	17h30
14h00	20h45	20h45
17h30	7h45	7h45

**Remarque 9 :** Les plannings ne précisent pas la qualification des professionnels présents (surtout pour l'équipe de soins et pour l'équipe de nuit). Il y a parfois des anomalies dans les plannings, tels que des horaires de jour intégrés sur le planning de nuit.

#### 2.1.1.15. L'analyse des plannings (cf. annexe 4)

##### Planning des IDE

L'objectif cible des IDE est de deux agents par jour (le WE également) avec deux tranches horaires qui permettent un étalement sur la journée :

- 7 h - 17 h
- 9 h 45 – 19 h 45

L'objectif cible est globalement atteint. Sur le planning réalisé du mois de janvier et février 2025 la mission constate que le nombre d'IDE varie entre 1 et 4 IDE par jour. Le seul jour où un IDE se retrouve seul est la journée du lundi 13 janvier. Durant 25 jours entre janvier et mars 2025 les IDE sont 3 ou 4 par jour.

##### Planning AS :

La mission constate qu'il existe un temps de chevauchement entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit. Ce temps permet les transmissions orales dans de bonnes conditions.

##### Equipe de nuit :

L'équipe de nuit est composée de 9 agents au total (7 AS et 2 veilleurs de nuit). La nuit, il y a une équipe et une contre équipe. L'objectif cible est de 4 agents par nuit (le WE également) : 2 en RDC, 1 au 1<sup>er</sup> étage, 1 au 2<sup>ème</sup> étage. La mission a reçu les diplômes des 7 agents recensés comme aides-soignants dans l'équipe de nuit. Les deux veilleurs de nuit n'ont pas de diplôme d'AS ou AES.

Les veilleurs de nuit et les AS de nuit ont les mêmes missions. Les veilleurs font aussi les changes et distribuent les médicaments mais ne prennent pas les constantes. Cette situation représente un glissement de tâches (voir point 2.117).

Horaire de nuit : 20 h 45 – 7 h 45, 21 h – 7 h 45 et 21 h 15 – 8 h 15

La mission constate que sur les mois de janvier et février 2025 (source : planning réalisé) le nombre d'agents présents la nuit est parfaitement constant. Il y a toujours 4 agents présents la nuit.

La mission constate que les pauses pour le personnel de nuit ne sont pas formalisées. Le personnel de nuit peut prendre 45 minutes de pause quand il le souhaite. Ces pauses ne sont pas contrôlées ni planifiées. Il existe un risque que les 4 agents présents prennent leur pause au même moment.

**Remarque 10 :** La mission constate que les pauses pour le personnel de nuit ne sont ni planifiées, ni contrôlées. Le personnel de nuit peut prendre 45 minutes de pause quand il le souhaite.

#### Equipe de jour :

L'équipe de jour est répartie entre les 3 pôles (RPS, TSA et pôle senior) avec un horaire du matin et un horaire de l'après-midi. Chaque pôle comprend 3 unités de vie (2 agents le matin et 2 agents l'après-midi par unité de vie, soit 4 agents par jour sauf le WE) sauf le pôle senior qui en comprend 2. Seul l'accueil de jour fonctionne (unité Tournesol) différemment. Les agents de cette unité sont présents de 8h45 à 15h45, soit 3 agents par jour pour 10 résidents.

Il est planifié pour chaque unité de vie la présence de deux agents le matin (7 h-14 h 30) et de deux agents l'après midi (14h-21h), soit 4 agents par jour par unité, sauf le mercredi où l'équipe du WE revient travailler ce jour de la semaine. Ils sont donc 6 par unité le mercredi. Le WE il n'y a que deux agents par jour par unité (horaires : 8 h - 20 h et 9 h - 21 h).

Il existe un roulement de 3 semaines pour l'équipe de jour. Chaque agent travaille un WE sur 3.

Dans l'équipe de jour les AS-AMP-AES-AVS et les moniteurs éducateurs accomplissent tous les mêmes tâches. Cette situation représente un glissement de tâches (voir point 21.17).

La mission a consulté le planning de janvier 2025 de 5 unités de vie pour l'équipe de soins de jour. L'analyse de ce planning a donné lieu à la production d'un tableau (**annexe 4**) qui présente le nombre d'agents présents par jour et par unité de vie.

Le nombre attendu est de 4 agents par jour en semaine et de 2 agents par jour le WE par unité de vie. Or la mission constate que le nombre des agents présents par jour est inégalement réparti pendant le mois et que le planning ne respecte pas toujours les objectifs cibles.

Pour les 5 unités de vie consultés, lors des WE pendant 11 jours il y avait une situation de sous effectifs car il n'y avait qu'un agent présent le samedi ou le dimanche au lieu des deux agents prévus. Tandis que pendant 9 jours de WE, le nombre d'agents présents était de 3 ou 4, c'est-à-dire une situation de sur-effectif.

En semaine on constate une situation de sous-effectif pendant 15 journées dans les 5 unités de vie, dont 3 jours avec seulement 2 agents par jour, et un jour avec un seul agent par jour au lieu des 4 agents prévus. Inversement pendant 50 journées on constate une situation de sur-effectif pouvant aller de 9 à 8 agents par jour au lieu des 4 agents initialement prévus.

**Écart 4 :** Le nombre d'agents présents dans l'équipe de soins de jour est inconstant pendant le mois de janvier 2025, le planning ne respectant pas toujours les objectifs cibles, ce qui peut conduire à des situations de sous-effectif. Cette situation est susceptible d'impacter la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L.311-3 du CASF<sup>7</sup>.

#### 2.1.1.16. Les fiches de poste

Les dossiers des personnels consultés ne contiennent aucune fiche de poste.

Des fiches de poste ont été adressées à la mission pour de nombreuses fonctions, dont celles d'AS, AES, de moniteur éducateur (ME) et IDE. Ce sont des fiches de poste généralistes qui détaillent les missions en fonction de la catégorie d'établissement dont l'agent relève. La fiche de poste des AS et des AES est distincte. Elle fait bien la distinction entre la distribution des médicaments pour les AS et l'aide à la prise de médicaments des AES.

Il n'existe pas de fiche de poste spécifique pour les Auxiliaires de vie sociale (AVS), bien que leurs missions soient réglementairement différentes de celles des AS et AES. Les missions des moniteurs éducateurs, identiques à celles des AS (source : entretiens individuels et fiche de tâche heurée des accompagnants), ne sont pas conformes aux missions détaillées dans leur fiche de poste.

La fiche de poste heurée des 9 veilleurs de nuit ne fait aucune distinction entre les 7 AS de l'équipe et les 2 veilleurs de nuit non diplômés.

**Remarque 11 :** Il n'existe pas de fiche de poste spécifique pour les AVS, bien que leurs missions soient différentes de celles des AS et AES.

La mission a constaté une situation de glissement de tâches dans l'équipe de nuit et dans l'équipe de jour de soins.

L'équipe de nuit est composée de 9 agents au total (7 AS et 2 veilleurs de nuit). Selon les entretiens individuels les veilleurs de nuit et les AS de nuit ont les mêmes missions. Les veilleurs font aussi les changes et distribuent les médicaments mais ne prennent pas les constantes. Cette situation représente un glissement de tâches.

La fiche de poste heurée des 9 veilleurs de nuit ne fait aucune distinction entre les 7 AS de l'équipe et les 2 veilleurs de nuit non diplômés. Elle évoque la distribution des médicaments et la réalisation des changes qui ne relèvent pas du périmètre de compétence des veilleurs de nuit non diplômés.

#### **Document 3.** Extrait de la fiche de tâche heurée de l'équipe de nuit, page 2.

⇒ Distribution des médicaments :

Application du protocole de distribution des médicaments

Les veilleurs doivent donner :

- ⇒ Les traitements du coucher comprimés + gouttes (pot rouge)
- ⇒ Les traitements du LEVER préparés par l'équipe IDE, gouttes dans des pots identifiés (pot jaune) et comprimés dans les chariots de médicaments.

#### **Document 4.** Extrait de la fiche de tâche heurée de l'équipe de nuit, page 3

<sup>7</sup> L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : ° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;

Le veilleur va à la rencontre de chaque résident réveillé afin de :

- ✓ Se présenter, salutation de coutume.
- ✓ Administration des traitements de nuit.
- ✓ Accompagnement aux toilettes, effectuer un change.
- ✓ L'aide au coucher, et selon les besoins et les demandes : éteindre ou allumer, musique, tv, fermer les stores et fenêtres etc., en respectant la volonté du résident, (ne pas les coucher systématiquement à 21h).
- ✓ Proposer un moment convivial à ceux qui ne sont pas couchés, avec une tisane par exemple
- ✓ Ne pas réveiller les résidents qui dorment.

Dans l'équipe de soins de jour les AS-AMP-AES-AVS sont mélangés avec des moniteurs éducateurs, qui accomplissent tous les mêmes tâches (source : entretiens individuels). Cette situation représente un glissement de tâches. La mission a constaté la présence de 8 moniteurs éducateurs et de deux AVS dans l'équipe de soins de jour. Il n'existe pas de fiche de poste spécifique pour les AVS et le document intitulé « déroulement d'une journée en unité de vie » ne fait aucune distinction entre les AS, les Moniteurs éducateurs et les AVS.

**Écart 5 :** La mission constate, au travers des entretiens et des fiches de tâches heurées de jour et de nuit, des glissements de tâches entre les AS et les veilleurs de nuit non diplômés et, pour l'équipe de jour, entre les AS, les AVS et les moniteurs éducateurs. La fiche de tâches heurée des 9 personnels de nuit ne fait aucune distinction entre les 7 AS de l'équipe et les 2 veilleurs de nuit non diplômés. Cette situation est susceptible de représenter un risque réel et sérieux pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents ; ce qui contrevient aux articles L311-1° et 3° du CASF. De plus cette situation correspond, pour les veilleurs de nuit non diplômés, les moniteurs éducateurs et les AVS, à un exercice illégal de la profession d'aide-soignant et contrevient à l'article L.4391-1 du CSP<sup>8</sup> et à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS.

## 2.2. La gestion des informations

### 2.2.1.1. Le registre du personnel

La MAS a un registre du personnel tenu à jour.

### 2.2.1.2. Le registre des entrées et des sorties

La mission a constaté dans la MAS un registre des entrées et des sorties tenu à jour.

### 2.2.1.3. Les dossiers des résidents

Les dossiers des résidents sont numérisés sur [REDACTED]

<sup>8</sup> Peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : 1° Du diplôme d'Etat d'aide-soignant ; 2° Du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; 3° Du diplôme professionnel d'aide-soignant.

## Document 5. Capture d'écran du dossier numérique d'un résident

Document 5. Capture d'écran du dossier numérique d'un résident

le 10/01/2025 12:27

Aller vers - Calendrier - Évaluer - Édition - Administratif - Écrits professionnels - Listes - D.L.U. - Pictogrammes personnalisés 80%

Nom: [redacted] Référence: [redacted]

Général Contacts CDAPH Administratif 1/2 Administratif 2/2 Cartes Conditions de vie Ressources Consentements

Statut INS: **Identité provisoire**

Attribut de profil: Aucun signalement Signaler le profil

Identité

État civil

Nom de naissance: [redacted] 1<sup>er</sup> prénom de naissance: [redacted]

Sexe: Masculin Prénom(s) de naissance: [redacted]

Genre: [redacted]

Date de naissance: [redacted] Âge: [redacted]

Nationalité: [redacted] Pays d'origine: [redacted]

Adresse de naissance

Dépt. de naissance: [redacted] Ville de naissance: [redacted]

Code INSEE: [redacted] Pays de naissance: FRANCE

Statut

Situ. familiale: Célibataire Provenance association: [redacted]

Nombre d'enfants: 0 Contact Provenance Association: [redacted]

Nombre enfants charge: 0

Historique

Date d'entrée dans l'association: 08/07/2024 07:56 Date de sortie: [redacted]

Remarques importantes

GED Support Annuler Enregistrer Quitter

## 2.3. Les locaux et la sécurité

### 2.3.1.1. Les réparations et le nettoyage

La MAS a un responsable logistique qui encadre un agent chargé des réparations ainsi que le personnel chargé du nettoyage.

Le responsable logistique pilote l'entretien et les réparations de la MAS grâce à deux outils de suivi :

- Un classeur pour suivre la levée des réserves de la commission de sécurité qui passe tous les deux ans : les réserves du dernier avis positif rendu par la commission ont été constatées levées ;
- L'autre pour suivre la réalisation des petits travaux remontés par les personnes.

Les locaux sont propres.

Ils sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Les appels malades sont fonctionnels.

### 2.3.1.2. La salle d'apaisement

La MAS dispose d'une salle d'apaisement dont le recours est protocolisé avec des règles générales déclinant les recommandations de la HAS et des protocoles individuels résident par résident : ces protocoles sont connus des accompagnants et sont affichés dans la salle. A côté de la salle, des caméras permettent de voir le résident dans la salle s'il y est mis à l'apaisement.

### 2.3.1.3. Le Document unique d'évaluation des risques professionnels

La MAS a un DUERP actualisé tous les ans

### 2.3.1.4. La vaccination des usagers

La vaccination antigrippale des résidents est suivie par l'équipe soignante (feuilles de traçabilité transmises). Au total, le taux de résidents en internat vaccinés contre la grippe en 2024 est de 91 % (en raison du refus de 4 résidents), ce qui représente un taux satisfaisant.

La vaccination antigrippale est également proposée aux résidents de l'externat et aux salariés (10 salariés ont été vaccinés au sein de l'établissement en 2024). Outre la traçabilité assurée sur une feuille dédiée, celle-ci est retranscrite dans le dossier médical des résidents.

## 3. L'accompagnement

### 3.1. L'organisation de l'admission à la sortie

La MAS a une procédure d'admission. Elle utilise le dossier unique d'admission et [REDACTED]

Chaque dossier passe en commission d'admission, composée a minima d'un cadre de l'équipe de direction, d'un professionnel de terrain (psychologue, assistante sociale, aide médico-psychologique ou aide-soignant, éducateur spécialisé, ergothérapeute) et des médecins.

Généralement, un résident est admis à la MAS d'abord en hébergement temporaire ou en accueil de jour avant de l'hébergement permanent. Mais il a été indiqué à la mission que ce n'est pas une règle et qu'il est possible (et qu'il est déjà arrivé) qu'un résident accède directement à de l'hébergement permanent.

D'après les entretiens, il apparaît que les résidents et leurs familles expriment de plus en plus le souhait d'être d'abord admis sur un mode séquentiel, notamment en accueil de jour, voire en hébergement temporaire, avant qu'il devienne permanent : c'est en réponse à cette demande croissante que l'établissement a un projet d'augmentation de ses places d'accueil de jour, qui n'a pas été validé par l'ARS. Mais le gestionnaire a un projet pour financer ce projet sur des excédents propres.

La dernière situation complexe orientée vers la MAS par la MDPH dans le cadre d'un plan d'accompagnement global (PAG) et de groupes opérationnels de synthèse (GOS) date de 2021. Depuis la MAS n'a pas donné suite aux orientations de situations complexes proposées par la MDPH tant en accueil de jour qu'en hébergement temporaire et permanent. La direction a justifié ses refus par le manque de moyens pour s'y adapter et pour proposer à ces personnes un accompagnement adapté.

Pour toute nouvelle admission, il est réalisé l'évaluation des besoins pluridisciplinaires de la personne, notamment en prenant contact avec la structure de provenance et en faisant participer la famille, les proches ou la tutelle.

Le contrat de séjour est signé à l'admission avec la remise du livret de séjour qui contient les annexes réglementaires : le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés.

### 3.2. Les projets personnalisés d'accompagnement

Les besoins évalués dans les projets personnalisés d'accompagnement PPA des résidents sont de différentes natures :

- L'autonomie concernant les repas, la toilette, le déplacement, la communication, les sorties et la capacité d'aller et venir ;
- La santé somatique et psychique ;
- Les compétences des personnes ;
- Le bien-être des personnes ;
- Les troubles du comportement et les comportements problématiques ;
- Les liens avec la famille et les proches

Les attentes des résidents sont recueillies au sein des PPA ainsi que celles des proches et familles.

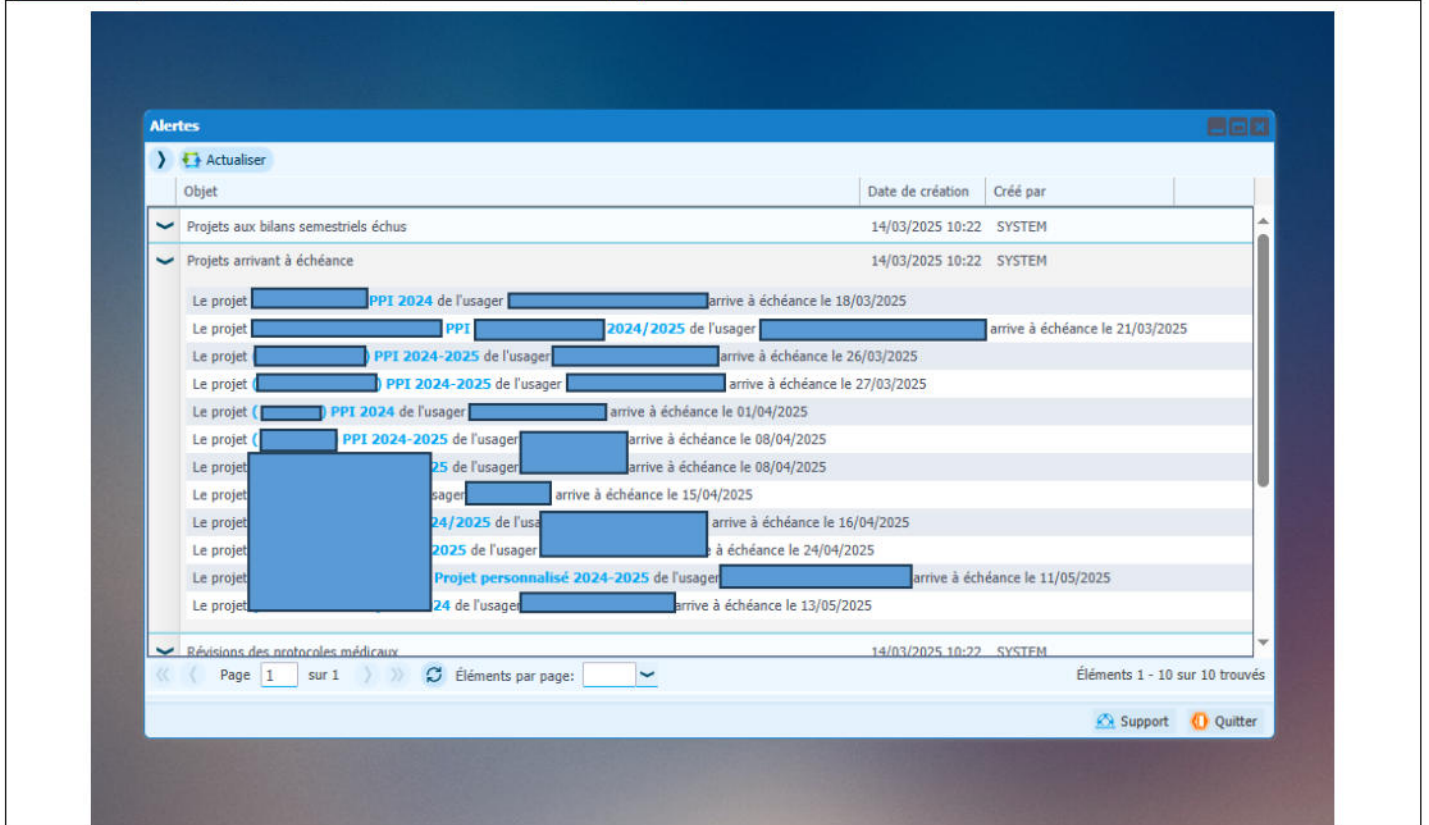
Les objectifs fixés dans les PPA sont pluriels et personnalisés comme :

- L'entretien ou l'amélioration les liens familiaux ;
- La continuité voire le renforcement ou l'étayage de l'accompagnement psychiatre et somatique ;
- La participation sociale de la personne en termes de sorties à l'extérieur, d'activité ;
- La pratique d'un culte d'une religion ;
- Le développement de compétences comme l'informatique ou l'entretien de sa chambre ;
- L'accès aux soins ;
- Le bien être comme d'aller passer une journée dans un hamam ;
- L'organisation de séjours, de vacances ;
- L'accès à la citoyenneté ;
- La vie affective et sexuelle ;
- La limitation de la sédentarité

[REDACTED] intègre un système d'alerte lorsque des projets sont à actualiser, l'alerte apparaissant à chaque nouvelle connexion comme sur la figure ci-dessous : le 14 mars, il en apparaissait 10 étant à renouveler.

Les réunions de synthèse pour le renouvellement des PPA sont programmées les mardis et se tiennent pôle par pôle avec des calendriers annuels.

**Document 6. Capture d'écran de l'alerte concernant les projets personnalisés à actualiser**



### 3.3. Le respect des droits et libertés des personnes

La désignation d'une personne de confiance est proposée à l'admission et, si elle existe, est indiquée dans le dossier du résident.

Les directives anticipées sont recherchées et leur rédaction est accompagnée. Le cadre de santé a précisé, lors du comité qualité du 11 mars 2025, mener trois actions :

- Expliquer les directives aux résidents avec des supports adaptés ;
- Impliquer les proches et les équipes soignantes ;
- Centraliser et sécuriser la documentation des souhaits

La liberté d'aller et venir est personnalisée avec une évaluation personne par personne dans le projet de chacune et en plus est réalisée une fiche d'évaluation de l'autonomie du résident pour aller et venir et la réalisation d'un badge lui permettant des accès personnalisés ; l'établissement a aussi une « charte de la liberté d'aller et venir ».



**Remarque 12 :** Les six actions que la MAS s'est donnée pour améliorer la prise en compte de la douleur n'ont pas été encore réalisées, à savoir : diffuser et former les équipes aux fiches personnalisées par résident, former à l'évaluation de la douleur, former les professionnels aux thérapies non-médicamenteuses, ajuster les plans de prise en charge lors des réunions mensuelles, définir un temps référent de 7 heures par mois, améliorer la satisfaction des résidents sur la gestion de la douleur.

**Remarque 13 :** Pour mieux prendre en compte les droits et libertés des personnes, les quatre axes d'amélioration que la MAS a identifiés à partir de l'évaluation externe sont encore en cours de réalisation, à savoir : faire une évaluation formelle des risques de harcèlement ou d'abus de faiblesse qui ne font pas l'objet d'une évaluation formelle ; installer un dispositif pour évaluer les risques de radicalisation ou de prosélytisme n'est en place ; identifier les risques d'addiction ; développer la pair-aidance ; prévenir les ruptures de parcours).

### 3.4. Le CVS

Le CVS se réunit au moins trois fois par an. L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente séance sont envoyés aux membres 15 jours avant qu'ils se réunissent.

Les résultats de la dernière enquête de satisfaction et le bilan annuel des événements indésirables sont présentés au CVS tous les ans.

Le CVS a un règlement intérieur : il est affiché dans les locaux avec les comptes rendus.

Leur mandat arrivant à échéance l'année prochaine, des élections de nouveaux membres seront organisées en 2025 .

### 3.5. Les familles et les sorties

Des supports de communication sont prévus pour échanger et garder le contact avec les familles des résidents.

Vu le registre des plaintes, les familles savent comment remonter à l'encadrement leurs insatisfactions, l'encadrement y répond.

Pour suivre la vie de l'établissement, les familles ont un espace d'information avec un panneau d'affichage dédié en plus des communications faites par courriel.

Les familles ont des représentants au CVS dont les comptes rendus sont affichés en plus d'être transmis par mail.

Les familles sont associées à l'accompagnement, elles sont sollicitées dès l'admission. Elles peuvent librement venir voir leur proche résident.

Les locaux disposent d'espaces pour que les familles viennent rencontrer leurs proches.

Les séjours dans leurs familles des résidents sont organisés selon les règles arrêtées dans le contrat de séjour et dans le règlement de fonctionnement. Les entretiens réalisés avec le personnel et les résidents ont attestés que ces règles étaient effectivement mises en œuvre.

Les équipes ont accès à une vue rapide et facilement accessible des résidents qui sont sortis en weekend ou en séjour directement via le [REDACTED]

The screenshot displays a calendar interface for February 2025. The top navigation bar includes a back arrow, the month 'Février 2025', a view selector 'Vue (Par jour sur 1 mois)', a 'Grouper par' dropdown, a search bar 'Choisir', and a location path 'Enregistré dans \\Ars75filer05\region5'. Below this, a grid shows time slots (Période) on the y-axis and days of the month on the x-axis. The grid is color-coded: green for presence, blue hatched for absence, and red for specific activities. The interface also includes a 'modalités' dropdown menu.

### 3.6. Les activités

Les activités sont individualisées et proposées aux résidents en fonction de leurs souhaits avec un planning d'activité propre à chaque résident ; les temps d'activités sont prévus et le matin (de 10 h à 12 h) et l'après-midi (de 15 h à 17 h 30).

Les activités sont physiques, cognitives, d'expression et de communication, d'arts plastiques, sportives, socio-culturelles mais aussi domestiques grâce à la cuisine thérapeutique, au jardin et plus particulièrement.

Vu les conventions transmises et vu les plannings d'activités consultés, il s'agit d'activités comme l'animation musicale, la médiation animale, l'équithérapie ou encore l'activité en lien avec la ruche présente au sein de l'établissement

Il est fait une place importante aux activités sportives avec la présence dans les équipes de deux éducateurs sportifs ainsi que des équipements adaptés au sein de la MAS en plus de l'accès au gymnase de la ville de Villejuif.

Des conventions sont formalisées avec les différents partenaires.

L'établissement a élaboré un projet d'animation et de vie sociale de qualité qui prévoit même des actions stratégiques à 5 ans pour améliorer l'organisation d'activité et la vie sociale au sein de l'établissement et qui sont les suivantes :

- Créer des ateliers insertion et réinsertion sociale ;
- Développer le réseau de partenaires et de bénévoles ;
- Travailler sur la citoyenneté ;
- Créer des rencontres intergénérationnelles ;
- Créer des animations en direction du public vieillissant

Le pôle TSA a réalisé un projet d'activité dédié aux résidents de ses unités, établi selon leurs besoins.

L'établissement a une charte de l'animation



## La charte de l'animation

### Article 1 :

L'animation fait partie intégrante du projet adopté par l'établissement

### Article 2 :

Les programmes d'animation constitués par l'institution sont à la disposition des familles et de toute personne intéressée par le bien-être du résident et par la qualité de sa vie quotidienne.

### Article 3 :

Les propositions d'animation concernant l'ensemble de l'établissement sont soumises pour accord au Directeur.

### Article 4 :

Le résident est invité à faire part de ses souhaits et de ses choix, qu'il participe ou non aux activités proposées.

Il en est de même pour les parents ou amis, qu'ils soient ou non réunis en associations.

### Article 5 :

L'animation recouvre l'ensemble des activités récréatives, aussi bien physiques que culturelles. Elle s'appuie sur les moyens disponibles à l'intérieur de l'établissement et sur ceux provenant de l'extérieur par l'intermédiaire de bénévoles ou de professionnels.

### Article 6 :

Une contribution solidaire des résidents, de leur famille ou de toute autre personne morale ou physique peut être envisagée pour certaines actions ponctuelles.

### Article 7 :

Tout résident bénéficie des dispositions de ce document, dont les objectifs tendent vers une meilleure qualité de vie.

## 3.7. L'alimentation

### 3.7.1.1. Les régimes et textures

Tous les régimes et textures sont prescrits.

L'ensemble est tenu à jour [REDACTED] et peut être édité. Des plans de table mentionnant les régimes et textures sont disponibles dans chaque salle à manger.

Les coordinateurs des unités transmettent au directeur de la MAS les régimes et textures et ce dernier passe mensuellement la commande. Les réajustements sont possibles au fur et à mesure. Les équipes ont la capacité de gérer seules certaines textures grâce à du matériel et des réserves en interne.

### 3.7.1.2. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes

Bien que la MAS ait été confrontée à des fausses routes d'un résident (dont une grave, ayant entraîné une hospitalisation), aucun test de repérage systématique des troubles de la déglutition n'est réalisé à l'admission des résidents.

Cependant, lorsque des suspicions de troubles sont repérées, l'équipe soignante sollicite une orthophoniste qui réalise un bilan des risques de troubles de la déglutition.

D'après les entretiens, les IDE sont vigilantes, lors des repas, à ce que les résidents ne fassent pas de fausses routes. Sur l'un des documents d'audit du circuit du médicament transmis (2<sup>e</sup> semestre 2024), il est noté que les équipes ont été formées au repérage des troubles de la déglutition, ce qui représente une bonne pratique.

Cependant, aucune procédure de repérage systématique des troubles de la déglutition, notamment lors de l'admission d'un nouveau résident, n'a été transmise.

**Remarque 14 :** Le repérage systématique des troubles de la déglutition, a minima au moment de l'admission des résidents, n'est pas organisé, ce qui est contraire aux RBPP (réf. : Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux • mars 2022).

### 3.7.1.3. La qualité des repas, le suivi de l'état nutritionnel

L'établissement a transmis à la mission une extraction [REDACTED] des poids de chacun des résidents depuis janvier 2024. En décembre 2024, seuls 21 résidents avaient été pesés, mais en janvier et février 2025, respectivement 43 et 44 résidents ont été pesés, soit la quasi-totalité d'entre eux. Il apparaît ainsi que le suivi du poids des résidents est bien effectué mensuellement. La mesure est confiée aux IDE. L'IDEC fait la synthèse, sous forme de tableau, de l'ensemble des poids et des variations observées. Elle partage les informations sur ce tableau en réunion d'équipe. Cependant, le tableau ne récapitule pas les IMC, ce qui fournit une vision incomplète de l'état nutritionnel et n'est pas conforme aux RBPP<sup>9</sup>.

D'après les entretiens, des actions correctrices en vue d'une régulation du poids des résidents sont décidées en « réunion soin » (changements de texture ; régimes alimentaires spécifiques ; prescription de compléments nutritifs oraux...).

La mission a évalué, pour le mois de février 2025, l'état nutritionnel de l'ensemble des résidents d'après leur IMC.

Statut nutritionnel	Nombre de résidents	Proportion
Dénutrition sévère	1	2%
Dénutrition légère	1	2%
Corpulence normale	18	38%
Surpoids	8	16%
Obésité modérée	10	21%
Obésité sévère	6	13%
Info manquante	4	8%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Plus d'un tiers des résidents est en situation d'obésité. Même s'il est classiquement observé, pour la prise en charge de résidents prenant des traitements neuroleptiques, une fréquence plus élevée de problèmes de surpoids, la proportion de résidents en situation d'obésité est toutefois assez marquée et la mission note que seuls 9 résidents sont sous régime hypocalorique ou hypolipidique.

**Remarque 15 :** Le tableau récapitulatif du suivi mensuel des poids des résidents ne reprend pas les informations sur les IMC, ce qui fournit une vision partielle de l'état nutritionnel des résidents. L'analyse des IMC effectuée par la mission montre une proportion de plus d'un tiers des résidents en situation d'obésité (16 résidents) alors que seuls 9 résidents sont sous régime hypocalorique ou hypolipidique, ce qui tend à montrer une sous-détection des problèmes de surpoids (réf. : ADAPEI : Guide Nutrition 3S, 2014, pages 11 et 36)

<sup>9</sup> ADAPEI 2014, Guide Nutrition 3S, page 11 : « Il serait important de placer les indicateurs au cœur de l'évaluation de la prise en charge nutritionnelle (I.M.C. et courbe de poids) pouvant ainsi constituer des indicateurs consensuels en interne (éducateurs, cuisiniers) et en externe (famille). »

## **3.8. La dispensation des soins**

### **3.8.1.1. L'organisation des soins**

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

Un chapitre est consacré à l'organisation de l'accompagnement aux soins. Il détaille le type de professionnels prévus selon les différentes tranches horaires de jour et de nuit, sur la semaine et le week-end, ainsi que leurs missions.

L'axe d'amélioration n° 2 porte sur la sécurisation de la réponse aux besoins en santé des résidents. Il se décline en trois objectifs :

- Un sur les partenariats en santé, notamment avec des diététiciennes, des cabinets buccodentaires et des spécialités médicales ;
- Un second sur la promotion d'actions de prévention à l'hygiène de vie et d'éducation à la santé, qui prévoit notamment un renforcement du suivi alimentaire de chaque résident, la mise en place d'activité physique adaptée (APA), une amélioration de l'évaluation de la douleur, le développement de la prévention buccodentaire et la poursuite du dépistage des cancers dans le cadre des campagnes nationales ;
- Le troisième objectif porte sur l'adaptation des soins aux différents publics. Il prévoit la mise en place de scénarii médicaux et sur l'organisation de campagnes ciblées de sensibilisation et d'éducation à la santé.

Sur les deux premiers objectifs, la mission a pu observer l'existence de plusieurs partenariats avec des établissements ou services extérieurs permettant de couvrir la majorité des besoins des résidents, la mise en œuvre d'un suivi alimentaire (même s'il mériterait d'être renforcé), la réalisation de nombreuses séances d'APA, des prescriptions en « si besoin » pour tout résident présentant des douleurs (même si l'évaluation de la douleur est insuffisante), un suivi buccodentaire effectif des résidents et la poursuite des dépistages de cancer.

Sur le troisième objectif, la MAS a transmis les feuilles d'émargement des réunions de groupe de travail et de formations internes relatives à l'accompagnement à la santé, le tout s'étant déroulé sur mai et juin 2024. Tous les profils d'accompagnants et de professionnels paramédicaux ont été concernés.

Par ailleurs, l'équipe d'accompagnement s'aligne sur le calendrier des journées nationales de prévention et organise des événements en conséquence (sur les dépistages, sur le tabac...). Environ un événement par mois est organisé.

En outre, un IDE vacataire régulier organise, le dimanche, une diffusion d'un film de sensibilisation à la santé et organise un jeu de questions-réponses.

Enfin, le vendredi, tous les résidents prennent le goûter ensemble et les sujets santé sont abordés.

### **3.8.1.3. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante**

Le médecin somatique a la charge de la coordination médicale pour la MAS.

Il est présent à hauteur de 0,6 ETP. Il travaille pour la MAS depuis 2020.

Aucune astreinte médicale n'est organisée au sein de la MAS.

Le médecin dispose d'une fiche de poste détaillée. D'après l'entretien mené avec lui, il a clairement décrit ses missions, en parfaite cohérence avec sa fiche de poste.

Le médecin a indiqué avoir signé un contrat de travail avec la structure.

Le médecin somatique est clairement identifié par les professionnels de la MAS pour son rôle de coordination pour la prise en charge médicale. Les professionnels le sollicitent régulièrement, y compris sur son téléphone portable en dehors de ses horaires de présence.

En cas d'absence du médecin coordinateur, les IDE font appel aux médecins de ville.

Tous les jeudis, une « réunion soins » d'environ 1 heure réunit les 2 médecins, le chef des soins, l'IDEC, les IDE et, si besoin, un/des chef(s) de service. Elles sont l'occasion de faire le point sur les troubles du comportement ou somatiques des résidents et d'adapter les traitements.

D'après les entretiens, ces réunions ne font pas systématiquement l'objet de comptes rendus mais les décisions prises sont notées dans les transmissions et les traitements médicamenteux adaptés le cas échéant.

La mission note toutefois que plusieurs comptes rendus de ces réunions lui ont été transmis, notamment celles ayant précédé l'inspection (06/02 et 13/02/2025).

Des réunions de pôle, pilotées par les chefs de pôle, sont régulièrement organisées. Elles sont l'occasion de fournir des informations institutionnelles, d'aborder le fonctionnement des équipes et les pratiques professionnelles. La programmation et les comptes rendus de ces réunions ont été transmis à la mission.

Outre ces réunions avec les équipes de jour, des réunions sont organisées avec les équipes de nuit, sur un rythme environ mensuel. Ces réunions sont tracées (invitation à la réunion avec ordre du jour ; comptes rendus pour les réunions de 2024 ; feuilles d'émargement).

#### **3.8.1.4. La coordination des soins**

La mission de coordination des soins est principalement assurée par le chef des soins.

En outre, une infirmière coordinatrice (IDEC) est revenue, début février 2025, d'une absence prolongée. Elle s'est vu confier plusieurs missions spécifiques

#### **3.8.1.5. Les plannings et l'organisation de la continuité des soins**

Les horaires des IDE sont décalés afin qu'une coordination puisse être assurée, le matin, avec l'équipe de nuit et le soir avec les accompagnants qui, eux-mêmes, se coordonnent avec l'équipe de nuit.

Les plannings s'appuient sur des roulements réguliers. Les plannings sont connus des équipes très longtemps à l'avance. Les plannings sont gérés sur [REDACTED] et chaque salarié dispose d'un accès personnalisé par identifiant et mot de passe.

Seuls les ajustements liés à certaines absences inopinées donnent lieu à une adaptation du planning.

En cas d'absence d'une IDE en semaine (du lundi au vendredi) et si une IDE de remplacement ne peut être trouvée ou bien ne se présente pas à son poste, l'IDEC assure le remplacement.

Les transmissions orales du matin se font entre l'IDE qui prend son service à 7h et l'équipe de nuit.

Le soir, des transmissions sont réalisées entre l'IDE qui finit le plus tard (à 19h45) avec les accompagnants de l'après-midi (qui finissent à 21h), puis ces derniers effectuent des transmissions avec la veilleuse de nuit de leur unité.

La délégation par les IDE aux accompagnants porte uniquement sur l'aide à la prise des médicaments.

Les pansements sont systématiquement réalisés par les IDE. Compte tenu du public accueilli, les soins infirmiers ne représentent pas une charge excessive, ce qui laisse du temps aux IDE pour participer à la prise en charge éducative et sociale.

Les agents s'appuient sur les plans de soins programmés sur [REDACTED]

Par ailleurs, les entretiens et l'analyse des dossiers médicaux confirme que l'ensemble des professionnels trace très régulièrement des transmissions dans [REDACTED]. Toutes les informations importantes des soignants et les observations des professionnels paramédicaux passent par les transmissions.

Les soins sont tracés à distance de leur réalisation car la MAS ne dispose pas de tablette ou d'ordinateur portable pour les soignants et les IDE.

En cas de déplacement, les résidents sont systématiquement accompagnés, même si un proche du résident l'accompagne.

#### **3.8.1.6. Les missions médicales**

Les deux médecins (somatique et psychiatre) sont impliqués dans le processus d'admission et participent à la réunion (ou commission) d'admission.

Le médecin coordinateur assure le rôle de médecin traitant (MT) : d'après l'entretien que la mission a mené avec lui, il couvrirait la totalité des résidents, à l'exception de deux d'entre eux dont les familles organisent elles-mêmes la prise en charge. Mais d'après la liste des médecins traitants par résident transmise par la MAS, 33 résidents n'auraient pas de MT, le médecin coordinateur serait le MT de 9 résidents et 6 médecins différents sont les MT de 6 résidents.

Le médecin coordinateur joue cependant son rôle de coordination pour l'ensemble des résidents. Il demande à ce que lui soient transmis les comptes rendus et les informations générales relatives au suivi afin d'être au courant. Mais il n'intervient pas dans les prescriptions pour ces deux résidents et ne retranscrit pas non plus les prescriptions pour ces résidents [REDACTED]

En pratique, tout résident qui a besoin d'être médicalement suivi est pris en charge, le cas échéant, par le médecin coordinateur.

Un bilan médical est effectué à l'admission, ainsi que la mission a pu l'observer dans les dossiers qu'elle a consultés.

De plus, a minima un suivi médical annuel est réalisé (et plus fréquent en fonction des problématiques médicales rencontrées par les résidents).

L'ensemble de ces éléments est tracé dans [REDACTED].

Le médecin psychiatre assure le rôle de psychiatre référent de l'ensemble des résidents.

Les dossiers de liaison d'urgence (DLU) sont éditables à [REDACTED] ce qui permet de disposer de données à jour. Une version papier, organisée par classeurs au nom des unités, est stockée dans la pharmacie et accessible dans l'urgence à tous les accompagnants (par un pass pompier disponible à l'accueil).

Les besoins en appareillage sont suivis par le médecin somatique ainsi que par le kinésithérapeute.

La continuité de la prise en charge médicale le WE et pendant les congés et absences est assurée par le recours à la médecine de ville ou bien, en fonction de l'urgence, au SAMU.

La plupart des prescriptions sont assurées par le médecin somatique et, pour la partie liée à la prise en charge des troubles du comportement, par le psychiatre de l'établissement. Comme évoqué ci-dessus, seuls deux résidents ont un médecin traitant extérieur à la structure, qui assure leurs prescriptions.

Il n'y a pas de cabinet médical dans la structure par manque de place (auparavant, le cabinet médical était situé dans l'actuelle pharmacie). Les médecins voient les résidents dans leur chambre.

#### **3.8.1.7. La psychologue**

Une psychologue, diplômée d'un master de psychologie, intervient au pôle TSA (à hauteur de 1 ETP, du lundi au vendredi de 9h à 17h).

D'après l'entretien avec cette dernière, la traçabilité de ses interventions est à rechercher dans les « CR professionnels » et dans la « GED » (gestion électronique des documents). La mission a examiné la totalité des dossiers de résidents des unités Amaryllis et Tulipes et a effectivement retrouvé des bilans et évaluations dans une majorité de dossiers, ceux-ci datant de 2021 à 2023. Mais pour 3 résidents de l'unité Tulipes, aucun bilan n'a été retrouvé. La psychologue a expliqué qu'il n'y avait pas de sens à réévaluer régulièrement les résidents adultes et que la prise en charge se focalisait sur des ajustements réguliers pour développer la communication et anticiper et prévenir les comportements problématiques.

Plusieurs séances de remédiation cognitives ont été tracées par la psychologue dans les dossiers, de 2023 à juillet 2024, mais aucune séance n'a été tracée depuis cette date.

Par ailleurs, la mission n'a retrouvé aucun compte rendu de la psychologue dans le dossier médical sur [REDACTED] dans l'onglet « Psychologues », à l'exception d'un dossier qui comportait des observations de 2016 et 2017.

En consultant les projets personnalisés d'accompagnement (PPA) de certains résidents, la mission a pu retrouver quelques bilans effectués par un(e) psychologue, mais de nombreux PPA validés ne comportent aucune évaluation de psychologue.

Il a été indiqué à la mission que le recrutement d'une psychologue est prévu début mars 2025 pour le pôle séniors et réhabilitation.

Il a par ailleurs été mentionné en entretien par les professionnels qu'à ce jour, tous les besoins de prise en charge psychologique des résidents ne pouvaient pas être couverts.

Enfin, une psychologue d'Handipsy intervient parfois au sein de l'établissement pour l'animation de groupes de parole (ou « supervision »). Il est prévu de prolonger ces interventions en 2025. Le psychiatre de l'établissement, qui fait aussi partie de l'équipe Handipsy, devrait participer à la coanimation de ces groupes.

**Remarque 16 :** La psychologue ne trace plus les séances de remédiation cognitive depuis août 2024, ce qui n'est pas conforme à sa fiche de poste et aux recommandations de bonnes pratiques (réf. : Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, HAS, octobre 2018). Par ailleurs, trois résidents du pôle TSA n'ont pas eu d'évaluation psychologique ou cognitive par la psychologue du pôle.

#### **3.8.1.8. L'infirmier**

Une infirmerie est présente au 1<sup>er</sup> étage de la structure. Il s'agit du seul poste de soins.

L'accès est sécurisé par des badges individuels dont les autorisations d'accès sont gérées en fonction du poste occupé. Ainsi, les accompagnants n'ont pas accès à l'infirmierie.

Le jour de l'inspection, les inspecteurs ont observé que les locaux de l'infirmierie et de la pharmacie étaient propres et bien rangés.



Les revêtements des paillasse sont adaptés au bionettoyage dans de bonnes conditions d'hygiène.

Le robinet est à commande manuelle. Du savon est disponible au niveau du poste de lavage.

Un distributeur de papier sèche-mains est disponible à proximité du poste de lavage.

La mission a pu observer sur le chariot de soins et dans les placards de l'infirmerie les équipements en lien avec le dosage de la glycémie, la prise de la température, les prélèvements sanguins et les pansements

Un distributeur de solution hydro-alcoolique est présent sur le chariot de soins.

Deux postes informatiques sont présents au sein de l'infirmerie, et un au sein de la pharmacie, dédiés aux IDE.

Les accompagnants disposent quant à eux d'un poste informatique dans le bureau de chaque unité. Au total, ils disposent de 7 postes, ce qui est suffisant pour une bonne organisation de la traçabilité.

L'enceinte réfrigérée dédiée aux médicaments thermosensibles est dotée d'un système de mesure automatisée qui envoie une alarme sur le poste du chef des soins.

Tous les médicaments (PDA<sup>10</sup> et stocks individuels hors PDA ; stock pour besoins urgents) sont rangés dans la pharmacie, dont l'accès est correctement sécurisé via des serrures à badges.

Il existe une dotation pour besoins urgents, stockée au sein de la pharmacie.

Il existe un sac d'urgence, habituellement stocké au rez-de-chaussée, à l'unité Jasmin.

Le jour de l'inspection, il était positionné dans l'infirmerie car son contrôle régulier avait été effectué la veille et une ordonnance de médicaments destinés à le compléter avait été envoyée à la pharmacie et était en attente de réception avant remise en place d'un scellé.

Le contrôle est tracé.

Il y a une armoire de stockage des piluliers hebdomadaires dans la pharmacie.

---

<sup>10</sup> PDA : préparation des doses à administrer. Il s'agit des médicaments préparés par la pharmacie.

Un coffre dédié aux médicaments stupéfiants est présent au sein de la pharmacie. Son accès est sécurisé par une serrure à code. Il était vide le jour de l'inspection (aucun médicament stupéfiant prescrit en cours). Le registre de suivi du contenu du coffre était bien présent.

Deux chariots de médicaments, fermant par une serrure à digicode, sont stockés dans l'infirmerie.

Le matériel d'aspiration est situé au rez-de-chaussée, dans le local avec le chariot d'urgence.

Le DAE est situé au niveau de l'accueil. Une entreprise assure sa maintenance. Au jour de l'inspection, il était en condition de fonctionnement.

La bouteille d'oxygène est fixée sur un support mobile.

Le matériel à ECG est stocké dans une petite pièce attenante à l'infirmerie.

Des contenants DASRI pour objets piquants, coupants et tranchants, ont été observés au sein de l'infirmerie, identifiés au nom de l'établissement.

Il existe des plans de soins [REDACTED] Ceux-ci sont régulièrement mis à jour et servent à l'organisation et à la traçabilité des soins. Les équipes s'appuient également sur des déroulés-types de journées par unité, précis, à destination des accompagnants d'une part et des IDE d'autre part (ces documents ont été transmis à la mission).

La programmation des soins est ainsi clairement organisée.

Une liste des principaux numéros d'urgence (pompiers, SAMU, centre anti-poison, police secours) est affichée au sein de l'infirmerie. De plus, une liste des astreintes et autres numéros d'urgence est affichée sur le même tableau.

Une chaise de pesée est disponible dans le local attenant à la pharmacie.

Il n'y a pas de système d'appel malade car les résidents sont mobiles et ne restent que peu dans leur chambre. L'an passé, la MAS a eu besoin d'un système d'appel malade pour un résident en fin de vie et un équipement individuel a été acheté pour répondre à ce besoin spécifique.

### **3.8.1.9. La prise en charge en rééducation**

Un psychomotricien est présent le mardi et le vendredi de 9 h à 17 h.

Au sein du « dossier médical » [REDACTED] de très nombreuses observations de psychomotricien remontant aux années 2015 à 2022 ont été retrouvées mais aucune datant de 2024 ou 2025. Un bilan psychomoteur a été retrouvé dans l'un des PPA de résident consulté par la mission, mais il datait de 2020.

La recherche via le cahier des transmissions a permis de retrouver la traçabilité des ateliers et observations de la psychomotricienne. Ce mode de traçabilité ne permet pas de retrouver facilement l'information relative à un résident au sein de son dossier médical.

La mission s'est entretenue au téléphone avec le cadre de soins sur les modalités de traçabilité observées et ce dernier a convenu que la psychomotricienne était récemment arrivée dans l'établissement et qu'elle n'avait pour l'instant pas bénéficié d'une formation à [REDACTED] ce qui explique l'utilisation inappropriée des transmissions. Il a également précisé qu'elle faisait des compte rendus qu'elle transmettait par mail. Enfin, il a expliqué qu'elle bénéficierait prochainement de la formation à [REDACTED] ce qui devrait contribuer à résoudre le problème.

**Remarque 17 :** La traçabilité des observations de la psychomotricienne sous forme de transmissions n'est pas cohérente avec l'utilisation du logiciel Ogirys™ car elle ne permet pas de rattacher ces observations au dossier médical du résident et de les retrouver facilement.

### **3.8.1.10. La gestion des urgences**

Deux procédures sur la conduite à tenir en cas d'urgence médicale ont été transmises (une de 2017 et une de 2021). La plus récente est tout à fait adaptée au fonctionnement de la MAS.

Par ailleurs, le document de l'ARS IDF sur les conduites à tenir en cas de situation d'urgence et/ou inhabituelles destiné aux professionnels en ESMS Handicap, datant de mai 2024, est mis à disposition des équipes.

Cependant, aucune preuve de formation à l'ensemble de ces procédures n'a été transmise.

L'établissement est bien équipé pour faire face aux urgences (Tensiomètre roulant ; Tensiomètre manuel ; Thermomètre ; Saturomètre ; Glycomètre ; Obus d'oxygène ; Concentrateur d'oxygène ; Masque et insufflateur BAVU ; DAE ; Planche de massage cardiaque ; Sac d'urgences ; Nécessaire pour perfuser ; bladder scan ; Aspirateur à mucosité)

Le sac d'urgence et les principaux équipements dédiés à la prise en charge des urgences sont regroupés dans un local au rez-de-chaussée (unité Jasmin). Le sac d'urgence est scellé et filmé pour empêcher son utilisation intempestive.

Des formations AFGSU 1 et 2 sont identifiées dans l'ensemble des plans de formations depuis 2022. D'après le suivi des réalisations, 26 agents de la MAS ont été formés.

Par ailleurs, d'après les documents transmis, aucune formation interne n'a été délivrée en 2024 sur la thématique des urgences.

La dotation du chariot d'urgence est définie et formalisée.

Le sac d'urgence est habituellement scellé. Le jour de l'inspection, le scellé n'était pas en place car le contenu du sac venait d'être vérifié et des médicaments / dispositifs médicaux étaient en attente de réception.

Un obus d'oxygène est stocké dans le local de pharmacie.

Le matériel d'aspiration est fonctionnel

Le défibrillateur automatisé externe est présent au sein de la structure, en état de fonctionnement et signalé de manière claire et visible.

#### **3.8.1.11. Les supports de transmissions écrites des professionnels extérieurs**

La structure ne bénéficie pas de l'intervention de professionnels de santé externes hormis un orthophoniste et un kinésithérapeute.

#### **3.8.1.12. Les procédures et protocoles**

La MAS a formalisé des protocoles de soins, des procédures et conduites à tenir face aux diverses situations pouvant se présenter.

#### **3.8.1.13. Le traitement de la crise épileptique**

La MAS a un protocole qui n'est pas daté.

Les feuilles d'émargement des formations à la prise en charge et à la surveillance des crises épileptiques et au protocole ont été transmises. Ces formations ont concerné la quasi-totalité de l'équipe soignante (AES, AMP) et ont été réalisées par une IDE et se sont déroulées de mars à juillet 2024.

Chaque résident susceptible de faire une crise d'épilepsie a un protocole personnalisé. Ceux-ci sont stockés dans des classeurs par unité au sein de la pharmacie.

#### **3.8.1.14. La prévention des escarres**

Une procédure de prévention d'escarre (non datée) a été transmise.

Tous les résidents sont mobiles. Aucun n'est alité et aucune mesure de prévention d'escarre n'est nécessaire.

L'an passé, un résident en fin de vie a été concerné et, d'après les entretiens, la prévention d'escarre a été réalisée par les soignants sans difficulté particulière.

#### **3.8.1.15. Le traitement de la douleur**

Une procédure d'évaluation et prise en charge de la douleur, datée de 2016, a été transmise. Elle prévoit une évaluation selon 3 méthodes : l'échelle du visage, l'EVA (échelle visuelle analogique) et l'échelle Algoplus. La conduite à tenir selon la gradation de chacune des échelles est définie.

Une seconde procédure, intitulée « douleur chez l'adulte : évaluation et conduite à tenir en établissement », datée de 2020, a été transmise. Aux échelles d'évaluation précitées, elle ajoute l'échelle numérique, l'échelle visuelle simple et Doloplus. Elle prévoit également la prise en charge selon des paliers liés à la gradation de l'évaluation.

Une formation interne à la gestion de la douleur a été délivrée en janvier 2025 par le cadre de soins aux soignants de nuit et la feuille d'émargement a été transmise. L'établissement n'a pas transmis d'autre feuille d'émargement sur ce thème.

D'après les entretiens, la quasi-totalité des résidents dispose d'une prescription d'antidouleur [REDACTED] en « si besoin ». Effectivement, la mission a retrouvé des prescriptions [REDACTED] en si besoin dans les dossiers qu'elle a consultés.

D'après l'analyse des dossiers médicaux et en particulier des transmissions depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, seules quelques transmissions abordent la thématique de la douleur, parfois via des transmissions ciblées, mais la plupart du temps dans des transmissions narratives.

La douleur n'est jamais mesurée à l'aide d'une échelle. Elle est mentionnée (« *se plaint de douleur abdominale* » ; « *exprime toujours sa douleur à la cheville gauche* » ; « *toujours très douloureuse* »...) mais non graduée.

L'absence de douleur est également mentionnée régulièrement dans les transmissions, ce qui indique qu'elle a été recherchée de manière systématique. Il s'agit là d'une bonne pratique.

**Remarque 18 :** Le suivi de la douleur effectué par les professionnels ne s'appuie sur aucune échelle, ce qui ne respecte pas la procédure de l'établissement, ni les RBPP.

### **3.8.1.16. Les soins palliatifs**

La MAS n'a pas transmis de procédure relative à la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie. Cependant, une feuille d'émargement relative à une formation réalisée en interne à l'accompagnement de fin de vie, datée de mars 2024, a été transmise. Elle a concerné 8 soignants AS, AES et AMP.

### **3.8.1.17. Les contentions**

Seule une résidente a une contention sous forme de sangle de maintien au fauteuil.

La prescription pour l'achat du matériel a été transmise. Elle date de 2022 et est conforme.

En revanche, la mission n'a pas retrouvé, au sein du dossier médical de la résidente, de prescription de la mise en œuvre de la contention. Cette information n'est pas non plus disponible dans le plan de soins des IDE ni dans les suivis de nursing. Ainsi, la mission n'a pas retrouvé de précisions sur les horaires ou circonstances dans lesquelles la contention doit être mise en œuvre. La gestion de cette contention ne respecte donc pas les RBPP.

**Remarque 19 :** D'après les informations transmises par la MAS, seule une résidente est sous contention au fauteuil, mais aucune prescription sur les modalités de la mise en œuvre de la contention n'a été retrouvée dans le dossier médical informatisé de la résidente, ce qui ne respecte pas les RBPP (réf. : Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, HAS, octobre 2018).

### **3.8.1.18. La gestion des épisodes de violence entre usagers**

Des procédures individualisées pour les résidents identifiés comme étant à risque de comportement problème ont été rédigées. Ces procédures avaient été évoquées par les professionnels rencontrés par la mission lors des entretiens.

Neuf procédures individualisées ont été transmises à la mission. Elles abordent de manière précise et structurée l'accompagnement spécifique à mettre en œuvre (au-delà même des situations de crises, car également dans une logique de prévention des crises)

### **3.8.1.19. Les accompagnements**

Le dossier de liaison d'urgence est le document de référence qui accompagne les résidents pour tous leurs déplacements lors d'une consultation externe à la MAS. Il contient l'ensemble des informations réglementairement requises, et notamment les aspects administratifs, ceux liés à la santé, au plan de soins et aux habitudes de vie. Il est édité à partir du logiciel Ogirys™.

## **3.9. Le circuit du médicament**

### **3.9.1.1. La procédure**

Une procédure intitulée « Procédure circuit du médicament », mise en œuvre à partir du 02/05/2024, a été transmise à la mission. Elle est donc récente et correspond au travail qui a été fait dans le cadre d'un accompagnement de la structure par la Starags sur le circuit du médicament, s'appuyant sur les recommandations de l'OMÉDIT IDF. Elle est spécifiquement adaptée à la MAS (mention des horaires de présence du MédCo, de son accès à distance, du [REDACTED] etc.).

La procédure est très détaillée et opérationnelle.

Elle consacre un chapitre spécifique à l'aide à la prise des traitements. Les règles de vigilance et de sécurité sont précisées.

La procédure prévoit la déclaration d'EI en cas d'erreur médicamenteuse, en précisant la démarche positive qui la sous-tend.

Les feuilles d'émargement des professionnels liées à leur formation au circuit du médicament ont été transmises (18 sessions de formation au total).

### **3.9.1.2. Les commandes**

La commande se fait via un logiciel [REDACTED] qui compile les demandes de l'établissement. Elle est directement récupérable par la pharmacie, sans resaisie, ce qui contribue à la sécurisation du circuit du médicament.

La transmission des ordonnances se fait par mail, notamment en cas d'urgence ou de changement de traitement en cours de semaine.

### **3.9.1.3. La livraison**

D'après les entretiens, les médicaments arrivent sous paquet blisters livrés sont contrôlés à réception par l'IDE et tracés. Un retour est effectué à l'officine en cas d'erreur.

### **3.9.1.4. La dispensation**

La préparation des piluliers est réalisée par la pharmacie pour les formes sèches.

Les IDE préparent les traitements qui ne peuvent être gérées par les piluliers (gouttes, formats multidoses...)

### **3.9.1.5. Le stockage**

Les médicaments sont stockés dans une pharmacie accessible depuis l'infirmierie par serrure à badge, uniquement aux personnes habilitées.

Les chariots de médicaments, qui disposent d'une fermeture à code, sont stockés également dans la pharmacie

Un coffre à stupéfiants est disponible au sein de la pharmacie. Il est sécurisé par un code spécifique. Au jour de l'inspection, aucun résident ne recevait de médicament stupéfiant et le coffre n'en contenait donc pas. La procédure du circuit du médicament précise la gestion des stupéfiants, dans le respect de la réglementation. Un registre était bien présent à l'intérieur du coffre.

Les produits thermosensibles sont livrés dans des contenants adaptés. Au jour de l'inspection, le réfrigérateur situé au sein de la pharmacie ne contenait que des médicaments, conformément à la réglementation.

La mesure de la température se fait automatiquement et renvoie des alarmes au chef des soins dès qu'elle sort de la plage prévue. En dehors des horaires de présence du chef des soins, le cadre d'astreinte reçoit l'alarme sur son portable d'astreinte (l'appareil est relié aux 3 téléphones des cadres qui prennent des astreintes). Par ailleurs, le réfrigérateur connecté permet de conserver la traçabilité des mesures de température.

Le stockage des médicaments hors PDA se fait dans des casiers nominatifs, classés par unité au sein d'armoires situées dans la pharmacie. En général, le nom et le prénom du résident figurent sur le casier mais pour certains casiers, seul le nom figure, ce qui est contraire aux bonnes pratiques.

Au sein de chaque casier, les boîtes de médicaments ne sont pas identifiées au nom du résident, ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques.

Les médicaments sous forme de gouttes sont gérés sous forme d'un stock groupé, toujours au sein de la pharmacie

La dotation pour besoins urgents est identifiée au sein de l'une des armoires, dans la pharmacie. Le stock est régulièrement contrôlé et le contrôle est tracé.

**Remarque 20 :** Les casiers nominatifs contenant les boîtes de médicaments hors PDA ne mentionnent pas tous le prénom du résident. Quant aux boîtes qu'ils contiennent, elles ne sont pas identifiées aux noms des résidents. Cette organisation est contraire aux bonnes pratiques (réf. : ARS-ARA 2016 : Guide « Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour adultes handicapés sans PUI »).

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

Pour renforcer l'identitovigilance, la MAS a recours à un système de PDA qui s'appuie sur des blisters présentant la photo du résident. Un trombinoscope est également disponible.

Suite à l'évaluation externe réalisée fin 2024, un travail a été mené au sein de la MAS avec l'appui de la STARAQS. L'accent a été mis sur la sécurisation de la délégation de l'aide à la prise des IDE vers les accompagnants AS et AVS. Pour être en capacité d'effectuer l'aide à la prise médicamenteuse, l'accompagnant doit passer 3 étapes successives :

- Suivre une formation théorique sur l'aide à la prise ;
- Accompagner un professionnel habilité pour observer comment s'effectue l'aide à la prise ;
- Réaliser l'aide à la prise sous la supervision d'un professionnel habilité

Chaque étape est tracée par l'émargement du professionnel en cours de formation.

Toutes les prescriptions en « si besoin » font l'objet de protocoles validés

Les résidents épileptiques ainsi que leurs protocoles de prise en charge des crises sont recensés dans un classeur dédié.  
Tous les médicaments en gouttes sont préparés par l'IDE, ainsi que la mission a pu l'observer.

La couleur des contenants permet de distinguer les gouttes du soir des gouttes du coucher. Les nom et prénom du résident et du médicament figurent sur les contenants et leurs couvercles, conformément aux bonnes pratiques.

Pour le broyage des médicaments, l'IDE dispose d'une liste des médicaments écrasables. En entretien, l'IDE a indiqué qu'elle consulte systématiquement la liste pour valider la possibilité du broyage.

Il y a une traçabilité de l'administration : des fiches de prescription permettent au professionnel qui a donné les médicaments au résident d'indiquer si la prise est effective. En cas de non-distribution, un motif est requis et la mission a pu constater qu'il figurait sur des fiches consultées. Cette traçabilité s'effectue en temps réel (et non à distance) car les fiches sont disponibles sur le chariot de distribution.

## 4. Le récapitulatif des écarts et des remarques

### 4.1. Les écarts

<u>Écart 1 :</u>	La mission n'a pas reçu la copie de deux diplômes des IDE exerçant dans l'établissement. Cette situation contrevient à l'article 1421-3 du CSP.	13
<u>Écart 2 :</u>	La mission n'a pas retrouvé, pour certaines IDE figurant à l'effectif, de trace d'inscription à leur Ordre professionnel. Cela contrevient à l'article L 4311-15 du CSP.	13
<u>Écart 3 :</u>	La thématique de « l'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés », n'est pas développée dans le projet d'établissement. Cette situation contrevient à l'article D344-5-14 al 2 du CASF.	15
<u>Écart 4 :</u>	Le nombre d'agents présents dans l'équipe de soins de jour est inconstant pendant le mois de janvier 2025, le planning ne respectant pas toujours les objectifs cibles, ce qui peut conduire à des situations de sous-effectif. Cette situation est susceptible d'impacter la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	18
<u>Écart 5 :</u>	La mission constate, au travers des entretiens et des fiches de tâches heurées de jour et de nuit, des glissements de tâches entre les AS et les veilleurs de nuit non diplômés et, pour l'équipe de jour, entre les AS, les AVS et les moniteurs éducateurs. Cette situation est susceptible de représenter un risque réel et sérieux pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents ; ce qui contrevient aux articles L311-1° et 3° du CASF. De plus cette situation correspond, pour les veilleurs de nuit non diplômés, les monteurs éducateurs et les AVS, à un exercice illégal de la profession d'aide-soignant et contrevient à l'article L.4391-1 du CSP et à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS.	19

### 4.2. Les remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Treize actions du plan qualité n'ont pas été entièrement réalisées	9
<u>Remarque 2 :</u>	Les données sur les ETP sont divergentes entre l'organigramme et le tableau des effectifs.	12
<u>Remarque 3 :</u>	Sur le planning du premier trimestre 2025, il n'est pas précisé le nom d'une intérimaire IDE.	12
<u>Remarque 4 :</u>	████████████████████ Cette situation est susceptible d'impacter la qualité de la prise en charge des résidents.	13
<u>Remarque 5 :</u>	Le RUP précise la fonction occupée mais ne précise pas la qualification de l'agent comme le prévoit l'article L. 1221-13 et D. 1221-23 du code du travail.	13
<u>Remarque 6 :</u>	Les dossiers administratifs des salariés consultés par la mission sont incomplets. Il y manque notamment le diplôme, la fiche de poste et le compte rendu du dernier entretien professionnel.	14
<u>Remarque 7 :</u>	Il a été précisé à la mission en entretien qu'un podologue intervenait en libéral, mais celui-ci n'apparaît pas sur le tableau des effectifs.	14
<u>Remarque 8 :</u>	La mission constate qu'il n'existe pas de formation depuis les quatre dernières années sur les situations sanitaires exceptionnelles (une planification). Et le plan de formation 2024 ne précise pas le nombre d'agents concernés par les formations.	15
<u>Remarque 9 :</u>	Les plannings ne précisent pas la qualification des professionnels présents (surtout pour l'équipe de soins et pour l'équipe de nuit). Il y a parfois des anomalies dans les plannings, tels que des horaires de jour intégrés sur le planning de nuit.	16
<u>Remarque 10 :</u>	La mission constate que les pauses pour le personnel de nuit ne sont ni planifiées, ni contrôlées. Le personnel de nuit peut prendre 45 minutes de pause quand il le souhaite.	17
<u>Remarque 11 :</u>	Il n'existe pas de fiche de poste spécifique pour les AVS, bien que leurs missions soient différentes de celles des AS et AES. Et la fiche de tâches heurée des 9 personnels de nuit ne fait aucune distinction entre les 7 AS de l'équipe et les 2 veilleurs de nuit non diplômés.	18

- Remarque 12 : Les six actions que la MAS s'est donnée pour améliorer la prise en compte de la douleur n'ont pas été encore réalisées, à savoir : diffuser et former les équipes aux fiches personnalisées par résident, former à l'évaluation de la douleur, former les professionnels aux thérapies non-médicamenteuses, ajuster les plans de prise en charge lors des réunions mensuelles, définir un temps référent de 7 heures par mois, améliorer la satisfaction des résidents sur la gestion de la douleur. 24
- Remarque 13 : Pour mieux prendre en compte les droits et libertés des personnes, les quatre axes d'amélioration que la MAS a identifiés à partir de l'évaluation externe sont encore en cours de réalisation, à savoir : faire une évaluation formelle des risques de harcèlement ou d'abus de faiblesse qui ne font pas l'objet d'une évaluation formelle ; installer un dispositif pour évaluer les risques de radicalisation ou de prosélytisme n'est en place ; identifier les risques d'addiction ; développer la pair-aidance ; prévenir les ruptures de parcours). 24
- Remarque 14 : Le repérage systématique des troubles de la déglutition, a minima au moment de l'admission des résidents, n'est pas organisé, ce qui est contraire aux RBPP (réf. : Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux • mars 2022). 27
- Remarque 15 : Le tableau récapitulatif du suivi mensuel des poids des résidents ne reprend pas les informations sur les IMC, ce qui fournit une vision partielle de l'état nutritionnel des résidents. L'analyse des IMC effectuée par la mission montre une proportion de plus d'un tiers des résidents en situation d'obésité (16 résidents) alors que seuls 9 résidents sont sous régime hypocalorique ou hypolipidique, ce qui tend à montrer une sous-détection des problèmes de surpoids (réf. : ADAPEI : Guide Nutrition 3S, 2014, pages 11 et 36) 27
- Remarque 16 : La psychologue ne trace plus les séances de remédiation cognitive depuis août 2024, ce qui n'est pas conforme à sa fiche de poste et aux recommandations de bonnes pratiques (réf. : Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, HAS, octobre 2018). Par ailleurs, trois résidents du pôle TSA n'ont pas eu d'évaluation psychologique ou cognitive par la psychologue du pôle. 30
- Remarque 17 : La traçabilité des observations de la psychomotricienne sous forme de transmissions n'est pas cohérente avec l'utilisation du logiciel [REDACTED] car elle ne permet pas de rattacher ces observations au dossier médical du résident et de les retrouver facilement. 32
- Remarque 18 : Le suivi de la douleur effectué par les professionnels ne s'appuie sur aucune échelle, ce qui ne respecte pas la procédure de l'établissement, ni les RBPP. 34
- Remarque 19 : D'après les informations transmises par la MAS, seule une résidente est sous contention au fauteuil, mais aucune prescription sur les modalités de la mise en œuvre de la contention n'a été retrouvée dans le dossier médical informatisé de la résidente, ce qui ne respecte pas les RBPP (réf. : Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, HAS, octobre 2018). 34
- Remarque 20 : Les casiers nominatifs contenant les boîtes de médicaments hors PDA ne mentionnent pas tous le prénom du résident. Quant aux boîtes qu'ils contiennent, elles ne sont pas identifiées aux noms des résidents. Cette organisation est contraire aux bonnes pratiques (réf. : ARS-ARA 2016 : Guide « Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour adultes handicapés sans PUI »). 35

## 5. La conclusion

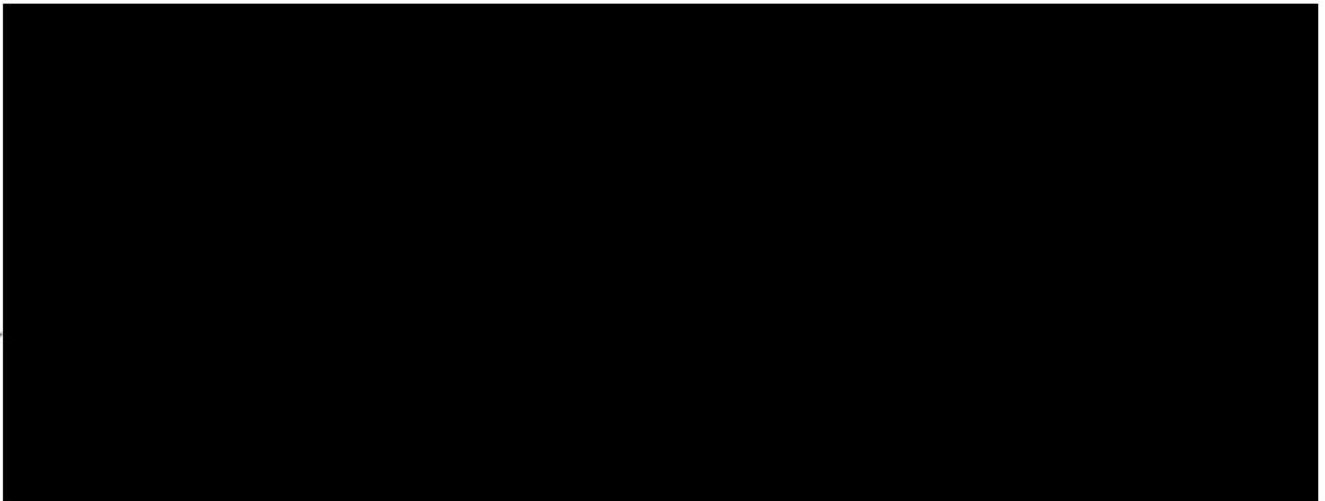
La MAS « Les Hautes Bruyères » de Villejuif se distingue par la qualité de son accompagnement et par une réelle connaissance des besoins spécifiques de ses résidents qui témoigne d'un haut niveau de professionnalisme et d'un investissement quotidien en faveur de ses résidents. En effet, l'équipe fait preuve d'une grande implication et cultive un climat de bienveillance, soutenu par une dynamique institutionnelle forte autour de la bientraitance, du respect des droits et de l'individualisation des prises en charge.

La direction est stable, le projet d'établissement est solide, actualisé et bien diffusé, les locaux sont adaptés et sécurisés, et la structure s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Néanmoins le pilotage des ressources humaines est perfectible (gestion et organisation des plannings, complétude des dossiers), des postes vacants et des glissements de tâches, notamment de la part du personnel de nuit réalisant des missions normalement réservées à des soignants diplômés.

De plus, pour améliorer la qualité de l'accompagnement, la MAS a à travailler sur le repérage des troubles de la déglutition qui n'est pas systématique à l'admission, sur le suivi nutritionnel qui reste partiel, sur le suivi de la douleur qui n'est pas formalisé par des échelles, et sur la prise en charge médicamenteuse qui présente des failles dans l'identification nominative des boîtes hors PDA. Enfin, des manquements ont été relevés dans la traçabilité, la psychologue ne consignait plus les séances de remédiation cognitive depuis 2024.

Saint Denis, le 6 mai 2025



## 6. 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  
**CNR** : Crédits non reconductibles  
**CoDIR**: Comité de direction  
**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
**CSP** : Code de la santé publique  
**CVS** : Conseil de la vie sociale  
**DAE** : Défibrillateur automatisé externe  
**DLU** : dossier de liaison d'urgence  
**DUD** : Document unique de délégation  
**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels  
**EI/EIG** : Evènement indésirable/évènement indésirable grave  
**ETP** : Equivalent temps plein  
**GOS** : Groupe opérationnel de synthèse  
**HACCP**: « Hazard Analysis Critical Control Point »  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HAS** : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)  
**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  
**PAG** : Projet d'accompagnement global  
**PACQ** : Plan d'amélioration continu de la qualité  
**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

## 7. Les annexes

### **Annexe 1 La liste des personnes avec lesquelles la mission s'est entretenue**

Le directeur ;

Le médecin psychiatre ;

Le médecin somatique ;

Le chef de service du pôle TSA ;

La cheffe de service du pôle « réhabilitation » ;

Le chef de service du pôle « senior » et cadre de santé ;

L'IDEC ;

L'IDE ;

La psychologue ;

Le responsable logistique ;

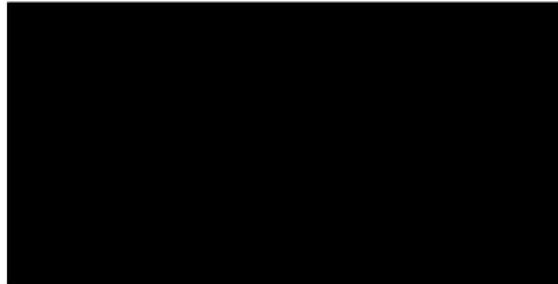
Des éducateurs et éducatrices ;

Des soignants.

## Annexe 2 La lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé



Saint-Denis, le 4 février 2025

Objet : Lettre de mission pour l'inspection de la MAS Les Hautes Bruyères à Villejuif

Madame, Messieurs,

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

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

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

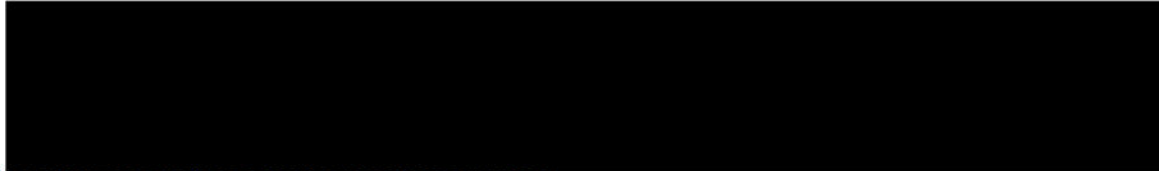
La maison d'accueil spécialisée (MAS) « Les Hautes Bruyères » située à Villejuif (n° FINESS géographique 940006539) a été inscrite dans la programmation de ces contrôles.

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 maltraitances ;
- 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 (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND) ;
- Les relations et les partenariats avec l'extérieur de l'établissement.

La mission débutera à compter de 9 heures le 20 février 2025 et sera assurée par :



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>.

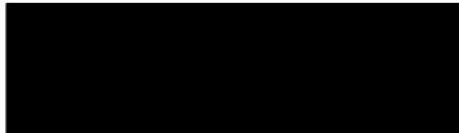
Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)<sup>3</sup> s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de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

À 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.

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



<sup>1</sup> Article L.1421-1 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 ».

### Annexe 3 La liste des documents demandés

#### Documents qui étaient à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé	Document remis / commentaire de la direction
A	Liste nominative et le relevé de la pointeuse des salariés présents ce jour et présents la nuit précédente	Oui
B	Liste nominative des usagers présents ce jour avec leur numéro de chambre	Oui
C	Planning des activités du jour et de la semaine	Oui
D	Planning des salariés du mois en cours	
E	Accès distant au logiciel de gestion des dossiers des résidents pour le médecin de la mission afin qu'il puisse consulter les dossiers médicaux et de soins	
F	Plan des locaux	
G	Cahiers ou impression (si numériques) des copies des transmissions de la semaine en cours de l'équipe pluridisciplinaire	

#### Documents qui ont été consultés dans la journée

N°	Nature du document demandé	Document remis / commentaire de la direction
1	Dossiers des usagers présents et sortis	Oui
2	Dossiers du personnel	Oui
3	Registre de sécurité	Oui

## Documents qui ont été remis après l'inspection

	Nature du document demandé	Document remis
<b>Management et stratégie</b>		
1	Arrêtés d'autorisation	Oui
2	Projet d'établissement dont projet de soins	Oui
3	Procédure de révision du projet d'établissement	Oui
4	Organigramme de la MAS	Oui
5	Règlement de fonctionnement	Oui
6	Document unique de délégation et les subdélégations	Oui
7	Fiche de poste du directeur, contrat de travail Feuille de route du directeur arrêtée avec l'OG	Oui
8	Règlement intérieur	Oui
9	Procédure, calendrier d'astreinte et moyens par lesquels le personnel sait comment y accéder en cas de besoin	Oui
10	Modalités d'organisation de la permanence de la fonction de direction (modalités de remplacement)	Oui
<b>Locaux et développement durable</b>		
11	Dernier PV de la commission locale de sécurité	Oui
12	Procédure et registre des réparations et des petits travaux du quotidien remontées en 2024	Oui
13	Procédure de réparation des dégradations	Oui
14	Procédure utilisation du matériel (lève-personne, chaise de douche, lit médicalisé, filet de transfert) et attestation de participation du personnel à la formation de leur utilisation	Oui
15	Tous les contrats de maintenance du matériel et des locaux	Oui
16	Politique de développement durable	Non
<b>Hébergement</b>		
17	Procédure organisant la surveillance des locaux de jour et de nuit	Oui
18	Support et procédure de recueil des attentes des résidents concernant leur logement ou hébergement	Oui
19	Procédure pour la sécurisation des sorties	Oui
20	Support d'identification en temps réel des résidents sortis et des résidents présents	Oui
21	Comptes rendus des commissions de restauration de 2024 et 2025	Oui
22	Système et procédure en cas de fugue	Oui
<b>Animation</b>		
23	Projet d'animation	Oui

	Nature du document demandé	Document remis
24	Comptes rendus 2024 de la commission d'animation	Non
25	Liste des activités proposées et la fiche de chacune présentant l'activité et les objectifs socio-éducatifs visés	Non
26	Planning des activités des mois de janvier, février 2025	Oui
27	Liste et conventions de partenariats socio-éducatifs et partenariats avec d'autres établissements et services du secteur	Oui
<b>Gestion de la qualité</b>		
28	Plan d'amélioration de la qualité et CR des réunions de suivi	Oui
29	Rapports d'évaluation externe et interne	Oui
30	Enquêtes de satisfaction des trois dernières années	Oui
31	Registre des plaintes et réclamations des personnes et de leurs proches pour les années 2023, 2024 et 2025 (excel)	Oui
32	Plan bleu	Oui
33	Procédure de signalement en interne et en externe (à l'ARS IdF et au CD) des événements indésirables	Oui
34	Registre des événements remontés en interne et en externe en 2023, 2024 et 2025 (excel ou accès à distance au logiciel utilisé)	Oui
35	Attestations de participation aux formations faites à la sensibilisation et à la déclaration des événements indésirables	Oui
36	Comptes rendus des réunions d'analyse, de suivi et de retour d'expérience (CREX) organisés en 2023, 2024 et 2025 suite à des plaintes et réclamations et suite à des événements indésirables	Non
<b>Bienveillance</b>		
37	Plan de promotion de la bienveillance et plan de prévention de la maltraitance	Oui
38	Attestations de participation à des formations aux méthodes alternatives de communication	Oui
39	Feuille de route du ou de la référent.e bienveillance	Oui
40	Attestations de réalisation de formations maltraitance et bienveillance	Oui
41	Registre et protocole de signalement et de gestion des faits de maltraitance	Oui
42	Comptes rendus des groupes d'analyse des pratiques organisés suite à des faits de maltraitance	Non
<b>Droits et participation des personnes</b>		
43	Comptes rendus des CVS 2023, 2024 et 2025	Oui
44	Règlement intérieur du CVS	Oui
45	Liste des élus du CVS avec les coordonnées de contact (procès-verbal des dernières élections)	Oui
46	Dispositif pour l'accompagnement dans la connaissance et le recours aux personnes qualifiées du département	Oui

	Nature du document demandé	Document remis
47	Dispositif pour l'accompagnement dans la connaissance et la désignation d'une personne de confiance	Oui
48	Supports de communication utilisés pour la relation avec les familles	Oui
<b>Situations complexes et comportements problèmes</b>		
49	Procédure(s) de gestion des comportements problèmes	Oui
50	PPA des personnes orientées suite à un GOS (situation complexe) par la MDPH en 2022, 2023, 2024 et 2025 situations complexes	Oui
51	Protocoles d'accompagnement médicaux et éducatifs personnalisés en cas de troubles du comportement et de comportement problème	Oui
52	Procédure et protocole(s) d'utilisation de la salle « calme » ou « retrait » avec le tableau en traçant le recours en 2023 ; 2024 et 2025	Oui
53	Mesures de soutien des professionnels face aux comportements problèmes : référence, formations, supervision, etc.	Oui
54	Partenaires et appuis sollicités en cas de cas complexe	Oui
55	Comptes rendus des réunions d'analyse, de retour d'expérience suite à des comportements problèmes	Oui
<b>GRH</b>		
60	Registre unique du personnel (excel)	Oui
61	Tableau des personnels salariés à remplir (excel transmis par mail)	Oui
62	Tous les diplômes de l'ensemble du personnel rangés dans l'ordre du tableau des personnels salariés suivants : direction, médecins, psychologues, IDE, IDEC, AS, AMP, ASH soins et AVS soins	Oui (en manque 2)
63	Fiches de poste de tout le personnel, jour et nuit	Oui
64	Fiches de tâches heurées	Oui
65	Procédure d'organisation des personnels de soins, c'est-à-dire les effectifs attendus chaque jour pour chaque catégorie de professionnel et leurs horaires (roulement ou hebdo)	Oui
66	Plannings jour et nuit <u>réalisés</u> de tout le personnel administratif, éducatif et soignant (IDE, AS, AMP, AES, agents de soins et personnels de nuit) pour les mois de décembre 2024, de janvier 2025 (excel)	Oui
67	Plannings prévisionnels de février et mars 2025, jour et nuit de tout le personnel administratif, éducatif et soignant (excel avec légende explicative de l'ensemble des codes utilisés)	Oui
68	Procédure d'accueil des personnels nouveaux arrivants/intérimaires avec les fiches « usagers » facilitant leur connaissance par les nouveaux arrivants	Oui
69	Procédure de remplacement du personnel en cas d'absence inopinée	Oui
70	Plans de formation 2022, 2023, 2024 et le prévisionnel 2025	Oui
71	Convention avec une agence d'intérimaires/vacataires / procédure concernant les absences et remplacements des agents	Oui
72	Dispositif spécifique d'encadrement et d'intégration du personnel de remplacement	Oui
73	DUERP	Oui
74	Comptes rendus des séances du comité social et économique (CSE) 2023 et 2024	Oui
75	Tableau envoyé le jour de l'inspection des réunions d'équipe remplir	Oui

	Nature du document demandé	Document remis
76	Comptes rendus de toutes les réunions réalisées en 2024 et en 2025 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les réunions entre la direction et l'organisme gestionnaire ;</li> <li>- Le CODIR ;</li> <li>- Les réunions entre cadres socio-éducatifs et médicaux et notamment celles organisées entre le médical et l'éducatif ;</li> <li>- Les réunions de pôles ;</li> <li>- Les réunions de PPA.</li> </ul>	Oui
77	Comptes rendus des réunions transmissions quotidiennes de janvier et février 2025	Oui
<b>Accompagnement</b>		
78	Liste des personnes hébergées au jour de l'inspection comportant leur nom de famille, prénom, date de naissance, date d'entrée, domicile de secours, régime de protection juridique (format Excel™)	Oui
79	Procédure d'admission	Oui
80	Support et modalités et supports de recueil des informations sur la personne avant l'admission (notamment le recueil auprès de la structure de provenance)	Oui
81	Dossiers récapitulants les informations médicales et non médicales des résidents pour les accompagner lors des sorties en urgence ou non	Oui
82	Livret d'accueil des résidents et ses annexes (trames vierges)	Oui
83	Tous les PPA de tous les résidents (soit numérisés et transmis, soit par l'accès à distance du logiciel utilisé)	Oui
84	Procédure d'élaboration du PPA et trame vierge	Oui
85	Pratiques d'accompagnement <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la sexualité ;</li> <li>- A la fin de vie ;</li> <li>- A la citoyenneté ;</li> </ul>	Oui
86	Support d'évaluation systématique des risques à l'entrée, pendant l'élaboration du PPI et outils de repérage : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'addictions et conduites à risques ;</li> <li>- De chute ;</li> <li>- De nutrition ;</li> <li>- De comportement problème, de crise et de rupture : appui d'Handipsy et du psychiatre du CMP</li> </ul>	Oui
87	Calendrier d'actualisation et tableau de suivi des PPA	Oui
<b>Soins</b>		
88	Pour chaque résident, nom de son médecin traitant	Oui
89	Tableaux de suivi de l'année précédente et de l'année en cours des poids/IMC des résidents (format Excel™)	Oui
90	Liste nominative des régimes diététiques des résidents et des textures	Oui
91	Suivi de vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'établissement cet hiver : nombre/taux de résidents vaccinés, nombre/taux de personnels vaccinés	Oui
92	Tous les protocoles et procédures de soins de l'établissement (gestion des urgences vitales et urgences relatives, des chutes, des contentions, de la douleur, détection des risques de fausses routes, suivi nutritionnel, etc.)	Oui
93	Toutes les procédures en lien avec le circuit du médicament	Oui
94	Deux derniers bilans annuels de consommation en médicaments des résidents (habituellement fournis par la pharmacie partenaire)	Oui


	<b>Nature du document demandé</b>	<b>Document remis</b>
95	Tous les rapports d'audit en lien avec les soins et le circuit du médicament depuis 2 ans	Oui
96	Conventions avec des professionnels libéraux, des structures sanitaires (plateaux techniques radiologie, laboratoire de biologie), des établissements de santé (notamment pour la prise en charge des urgences médicales)	Oui
97	Convention avec la pharmacie partenaire (si applicable)	Oui
98	Rapport d'activité médicale et paramédicale, si existant	Oui
99	Feuilles d'émargement en lien avec les formations des équipes soignantes au circuit du médicament depuis 1 an	Oui
100	Comptes rendus de toutes les réunions en lien avec la prise en charge médicale et soignante des résidents (commissions chutes, contention, alimentation, comportements problèmes, etc.)	Oui
101	Inventaire des dispositifs médicaux utilisables dans le cadre de la prise en charge des urgences médicales	Oui
102	Liste nominative des usagers pour lesquels des contentions sont actuellement prescrites	Oui
103	Liste de l'ensemble des formations des équipes soignantes réalisées en interne à l'établissement (ou « mini-formations ») et feuilles d'émargement	Oui
<b>Autre</b>		
104	Tout document complémentaire que l'établissement souhaite transmettre à l'équipe d'inspection	


## Annexe 4 L'analyse des plannings


Nombre d'agents par jour par unité de vie sur le planning de janvier 2025 pour l'équipe de jour (AS-AES-AMP-AVS-ME) :

Légende :

 Sous effectif en semaine

 Sous effectif le WE

 Sur effectif en semaine

 Sur effectif le WE

Nom de l'unité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Unité Amrarilylis	4	4	2	2	2	4	4	6	4	4	2	2	4	4	6	4	4	3	1	4	4	6	5	5	1	1	5	5	5	3	3
Unité angélique	4	3	4	1	1	4	3	5	4	4	1	1	6	6	6	4	4	2	2	4	4	4	5	4	2	2	5	5	6	5	5
Unité coquelico	6	7	5	2	2	4	5	6	6	6	3	3	8	9	8	6	4	4	4	4	4	6	4	3	2	2	7	5	5	7	7
Unité Jasmin	5	5	4	2	2	4	4	5	3	5	1	1	4	4	7	5	4	2	2	5	4	6	4	5	3	3	4	4	6	4	4
Unité Lierres	4	3	3	2	2	2	2	3	3	1	3	3	5	5	5	4	4	2	2	3	4	5	4	4	1	1	5	5	7	5	4