

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

**Monsieur Guillaume DE CLERMONT  
Directeur général  
Fondation John Bost  
1 rue du commerce  
33800 BORDEAUX**

Affaire suivie par : [REDACTED]  
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr  
Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le 27 octobre 2025

Lettre recommandée avec AR  
N° 2C19292592193  
Référence : 2025\_IDF\_00333

Objet : Lettre de décisions- Inspection du 9 janvier 2025 au sein de la MAS Simone Veil.

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes en situation d'handicap, une inspection a été réalisée au sein de la MAS « Simone Veil », 49 rue des Valanchards à Jouy le Moutier (95280), FINESS ET n° 950009498 le 09 janvier 2025 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS).

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 1<sup>er</sup> juillet 2025 le rapport que m'a remis la mission d'inspection, ainsi que les 3 injonctions, 12 prescriptions et 10 recommandations que j'envisageais de vous notifier (cf annexe).

Vous m'avez transmis le 31 juillet 2025 des éléments de preuves documentaires relatives aux injonctions et prescriptions, ce dont je vous remercie.

Je note que les documents apportés sur l'ensemble des injonctions et prescriptions ne permettent pas de répondre aux corrections attendues dans la mesure où la majorité des documents transmis sont des procédures ou protocoles de la fondation John Bost, antérieurs à la date de réalisation de la mission d'inspection et dont l'absence de mise en œuvre sur le terrain avait été constatée par la mission d'inspection. Aucun élément probant n'est apporté sur l'appropriation des procédures au sein de la MAS Simone Veil et sur l'utilisation des grilles et divers documents-types transmis.

En particulier, les preuves apportées en réponse à l'injonction 1 sur la mise à disposition des moyens de communication adaptés aux résidents ne constituent que des preuves de l'existence d'outils au sein de la fondation et plusieurs documents font référence à des établissements pour enfants sans qu'aucune preuve ne démontre le travail d'outillage en communication adaptée spécifique et individualisé pour chacun des résidents de la MAS.

S'agissant de l'injonction 2, les documents démontrent la persistance de l'absence de projet d'accompagnement individualisé (PAI) pour 17 résidents et l'absence de révision annuelle des projets individualisés pour tous les résidents. Plusieurs résidents n'ont pas non plus de contrats de séjour signés, et le calendrier d'élaboration transmis ne permet pas d'élaborer et de réviser tous les PAI sur une année.

S'agissant de la douleur, les documents transmis concernent d'autres établissements de la fondation John Bost.

Aucun élément concret n'est non plus apporté pour garantir que des actions ont été initiées au sein de la MAS Simone Veil concernant l'ensemble des écarts soulevés lors de la mission et indiqués dans mon précédent courrier, notamment les points suivants :

- Gouvernance
  - o Le pilotage n'est pas clair en l'absence de formalisation du document unique de délégation, d'un organigramme des ressources humaines de l'établissement et d'organisation formalisée des réunions des cadres ;
  - o Il n'y a pas de délimitation claire des responsabilités et des compétences, que ce soit au niveau des postes d'encadrants ou au sein des équipes (pas de fiche de poste, pas de distinction des tâches et missions en fonction des qualifications). Cette situation entraîne une organisation insatisfaisante pour les professionnels, une perte d'efficacité, un turn-over important et a des incidences sur la prise en charge des usagers ;
  - o Le taux d'occupation, en dépit d'admissions récemment réalisées, reste en-deçà de la capacité autorisée. Cette situation est à mettre en lien avec une procédure d'admission centralisée au niveau du siège de la fondation et dont l'application au sein de la MAS est incertaine ;
  - o Les documents structurants pour le pilotage et le fonctionnement de l'établissement ne sont pas à jour : projet d'établissement, règlement de fonctionnement, conventions de partenariat, règlement intérieur et composition du CVS.
- Fonctions support
  - o Gestion des ressources humaines : la composition de l'équipe est incomplète en l'absence de psychologue, de psychomotricien et avec plusieurs postes vacants (IDE, AS et AES, jour et nuit, éducateur spécialisé).
- Prises en charge
  - o Les projets d'accompagnement personnalisés ne sont pas formalisés ou actualisés ;
  - o Un défaut de moyen de communication adaptée aux profils des résidents est constaté, ce qui peut expliquer en partie les troubles du comportement et les problèmes de violence, lesquels nécessitent des moyens renforcés en termes d'encadrement des unités ;
  - o Soins : l'évaluation de la douleur n'est pas suffisamment tracée.

Aussi, je vous notifie à titre définitif les 3 injonctions, 11 prescriptions et 10 recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation Départementale de l'ARS du Val d'Oise à [ARS-DD95-INSPECTIONS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD95-INSPECTIONS@ars.sante.fr) et ARS-DD95-ETAB-MEDICO-SOC@ars.sante.fr, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives et la levée des injonctions.

Je vous rappelle que le constat de l'absence de mise en œuvre dans les délais fixés de chacune des mesures correctives faisant l'objet d'injonctions et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télerécourse citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecourse.fr>

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le directeur général, l'expression de ma considération distinguée.

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

Signé

Copie :

Madame Birgit VILLAIN  
Directrice Site Val de Seine  
et la Clé pour l'autisme  
49 rue des Valanchards  
95280 JOUY LE MOUTIER

**Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 09 janvier 2025 au sein de la MAS Simone Veil (n° FINESS ET 950009498), 95 280 JOUY LE MOUTIER**

**Injonctions :**

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 1  3.2- Prise en charge- Respect des droits et des personnes	La direction de l'établissement, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, doit, d'une part, <b>proposer des moyens de communication adaptés</b> pour chacun des résidents afin de développer toutes les <b>possibilités d'expression</b> de leurs choix et avec leur consentement et, d'autre part, <b>favoriser</b> , quelle que soit la restriction de leur autonomie, <b>leur relation aux autres en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique.</b>	10 documents ont été transmis par l'établissement en lien avec l'injonction : Doc 1 Grille d'analyse fonctionnelle (BlueFiles) Doc 2 Picto ligne du temps (BlueFiles) Doc 3 Plan d'Accompagnement (BlueFiles) Doc 4 Séquentiel Lavage des mains (BlueFiles) Doc 5 Séquentiel Brosseage des dents fille (BlueFiles) Doc 6 Séquentiel Brosseage des dents garçon (BlueFiles) Doc 7 Support visuel habillage (BlueFiles) Doc 8 Réaménagement des salles de relaxation (BlueFiles) Doc 9 Support visuel codes sociaux (BlueFiles) Intervention de la psychologue sur les unités sur les aides-tech Doc 10 Habitudes de vie (BlueFiles)	<b>Injonction maintenue</b>  Les documents transmis n'apportent aucune preuve de la mise en place de moyens de communication adaptés au sein de la MAS Simone Veil. Ils démontrent simplement que la fondation John Bost dispose d'outils pour analyser la survenue de comportements problèmes et dispose de pictogrammes et de supports visuels pour l'apprentissage des règles d'hygiène. Ces outils semblent néanmoins n'être utilisés que dans des établissements pour enfants puisque plusieurs documents font référence expressément à « l'enfant » et le document 10 est relatif à un garçon accompagné au sein de l'IME Rolland Bonnard.  Il est attendu la preuve de moyens de communication adaptés au profit des résidents de la MAS Simone Veil et individualisés.	Article D. 344-5-3 du CASF	6 mois
Inj 2  3.2- Prise en charge- Respect des droits et	Mettre à jour, et renouveler chaque année, les projets d'accompagnement personnalisés (PAP) de l'ensemble des usagers de la MAS.  Transmettre un fichier nominatif avec, pour chaque usager, la date du dernier PAP et date prévisionnelle du prochain.	L'établissement a transmis deux fichiers, le premier est un calendrier des réunions d'équipe programmées entre septembre 2025 et juin 2026 pour élaborer les synthèses (avec mention du résident concerné), et le second est un tableau	<b>Injonction maintenue.</b>  Le tableau récapitulatif depuis 2012 pour chaque usager des dates de contrat de séjour et des PAP démontre que 17 résidents n'ont aucun contrat ni PAP, et cette situation ne concerne pas seulement les résidents dernièrement admis, certains sont	Articles L. 311-3 (3°) et D. 344-5-11 du CASF	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre	
des personnes		récapitulatif des dates des contrats de séjour et des PAP depuis 2012.	arrivés à la MAS depuis 2021. S'agissant du calendrier prévisionnel, il est noté que les dates sont projetées pour seulement 34 résidents. Deux résidents arrivés en juin 2025 ne sont même pas programmés dans les réunions de synthèse. L'établissement n'est pas en mesure de répondre à la demande d'élaboration et de révision annuelle des PAP.  Il est attendu a minima un contrat de séjour et un PAP pour tous les résidents de la MAS. L'organisation des synthèses doit permettre d'élaborer les PAP pour l'ensemble des résidents sur une année (civile ou scolaire). Il est attendu des preuves de la mise en place d'une telle organisation avec la transmission des PAP élaborés depuis septembre 2025.			
Inj 3	3.8- Prise en charge- Soins	Rédiger une procédure d'évaluation de la douleur ressentie par les usagers et revoir les modalités de sa mise en œuvre afin d'adapter la méthodologie d'évaluation aux situations individuelles et aux capacités d'expression.  Appliquer cette procédure, après formation du personnel soignant et d'accompagnement à son usage, et assurer une traçabilité régulière des évaluations de la douleur réalisées.  Transmettre la procédure, les attestations de présence aux formations qui concernent son application, et la copie des évaluations de la douleur réalisées dans le mois précédent l'application de la mesure.	Deux documents ont été transmis : <ul style="list-style-type: none"><li>- une procédure d'évaluation de la douleur, version 5, diffusée le 16/09/2024 à destination des EHPAD et SMR de la fondation John Bost sur des sites non franciliens.</li><li>- Une copie d'écran d'une infirmière, Mme █ sur la traçabilité informatique de l'échelle simplifiée de la douleur chez les personnes dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'autisme.</li></ul>	<b>Injonction maintenue</b>  Les procédures transmises sont trop généralistes et pas forcément adaptées aux non communicants comme certains résidents autistes accueillis au sein de la MAS.  Il s'avère que les éléments de preuve transmis proviennent d'autres établissements de la fondation John Bost. La copie d'écran montre le nom d'une professionnelle qui n'exerce pas à la MAS Simone Veil (d'après la liste du personnel remise à la mission d'inspection).	Article L. 1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)  Article L. 1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS),	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				Article R. 4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier et douleur), Article D. 344-5-3 CASF ; Circulaire DGS/DH/DA S N° 99/84 du 11 février 1999 ; Guide méthodologique <sup>1</sup>	

<sup>1</sup>- Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux. HAS - mars 2018.  
Guide méthodologique - Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance, HAS, 2012.

## Prescriptions :

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Pres c 1 2.1- Fonctions support-Gestion des RH	<p>La MAS doit compléter de façon pérenne la composition de l'équipe pluridisciplinaire en fonction des besoins des personnes accueillies conformément aux dispositions de l'article D 344-5-13 du CASF. Elle veillera notamment à recruter un psychologue et à remplacer les postes vacants sur les fonctions soins (psychiatre y compris) et socio-éducatives par du personnel pérenne. Transmettre les contrats de travail afférents.</p>	<p>Un recrutement psychologue a eu lieu le 21 janvier 2025 (le contrat de travail est déposé sur la plateforme).</p> <p>Nous avons recruté une chargée de mission recrutement pour répondre aux métiers en tension. De plus, nous faisons appel pour certains métiers à un cabinet de recrutement [REDACTED] pour nous aider dans les recrutements. Nous constatons que les salariés sont plus intéressés par des CDD que par des CDI.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>Le document transmis, ne comprenant ni l'identité du professionnel, ni sa signature, ne saurait être considéré comme un contrat de travail. Le document correspond à une trame de contrat de travail, générique aux établissements de la fondation John Bost avec une signature électronique du DG. En outre, le lieu de travail mentionné fait référence au site CPA, lequel comprend plusieurs établissements, sans que la quotité travaillée soit précisée entre les établissements. Aucune réponse n'est fournie en ce qui concerne le temps de travail du psychiatre [REDACTED] ni en ce qui concerne celui des autres professionnels assurant des fonctions soins et socio-éducatives, ce qui ne permet pas de lisibilité sur la composition de l'équipe pluridisciplinaire, ni sur les statuts des professionnels (CDI, CDD, postes vacants pourvus par intérim, etc).</p> <p>La composition actualisée de l'équipe doit être transmise avec mention des noms des professionnels en CDI, leur quotité de temps de travail, (transmettre les contrats de travail permettant d'en attester) et les postes vacants.</p>	Article D. 344-5-13 du CASF	6 mois

Thèmes et Sous- Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre	
Pres c 2	1.1- Gouvernan ce- Conformité aux décisions de l'autorisatio n ou de la déclaration	<p>A/ Formaliser une procédure d'admission opérationnelle spécifique à la MAS Simone Veil permettant de garantir un traitement homogène des demandes d'admission reposant sur des critères objectifs d'admission ou de refus d'admission.</p> <p>Transmettre la procédure opérationnelle.</p> <p>B/ Respecter les taux d'occupation définis dans le CPOM, soit 90% des 39 places en hébergement permanent ouvert 365 jours (12 811 journées)</p>	<p>A/ Transmission procédure admission plateforme FJB [REDACTED] interopérable avec Via trajectoire.</p> <p>B/ [REDACTED] personnes accueillies en janvier 2025  [REDACTED] personnes accueillies en juin 2025  [REDACTED] personnes accueillies en septembre 2025 (admission prévue et validée à ce jour).</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>A/ La procédure transmise est celle de la gestion des demandes d'admission au sein de la fondation John Bost, version n°3 du 3 juillet 2025, et cette procédure, non spécifique à la MAS, ne répond pas à la prescription. Par ailleurs, aucune preuve n'est apportée quant à la mise en œuvre de cette procédure au sein de la MAS Simone Veil.</p> <p>Il convient de transmettre soit une procédure d'admission spécifique à la MAS, et tout document probant attestant de sa diffusion auprès des professionnels et de sa mise en œuvre effective, soit la preuve de l'effectivité et de l'appropriation par les professionnels de la MAS de la procédure de la fondation via les fiches d'analyse collective, les CR d'évaluation et les avis de la commission d'admission pour les dossiers examinés dans le cadre des dernières admissions à partir de septembre 2025 ainsi que les courriers d'avis défavorables.</p> <p>B/ Le nombre de résidents accueillis augmente et il convient de poursuivre les admissions sur les places vacantes afin de respecter les taux d'occupation définis dans le CPOM, en s'appuyant sur la procédure évoquée en A.</p>	<p>Dispositions du CPOM 2022-2026 entre la fondation John Bost site la clé pour l'autisme, le département du Val d'Oise et l'ARSIDF Article D. 312-0-3 du CASF</p>	<p>A/ 1 mois B/ 9 mois</p>
Pres c 3	1.2- Gouvernan ce- Manageme	Formaliser par un document unique de délégation (DUD) actualisé les compétences et missions confiées par délégation au directeur. En aviser l'autorité de tutelle et informer le CVS.	DUD transmis sur Bluefiles  L'information de la DUD est prévue à l'ordre- du jour du CVS du 27 octobre 2025.	<b>Prescription maintenue.</b>  Le document transmis est un fichier au format Excel™ qui définit la matrice de responsabilités au sein de la fondation John Bost entre le Président, le	Article D. 312-176-5 du CASF	3 mois

Thèmes et Sous- Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
nt et Stratégie			DG, les services supports et les cadres des établissements. Il s'agit d'un document générique peu clair sur les responsabilités réellement portées par les directeurs d'établissement. Ces derniers n'ont pas de délégation de signature, et hormis une subdélégation relative à la gestion du temps de travail et aux éléments variables de paie, le directeur d'établissement ne dispose que de sub-sub délégation de pouvoir. En outre, le document transmis n'est pas nominatif et n'est ni daté, ni signé.		
Pres c 4	1.2- Gouvernan ce- Manageme nt et Stratégie	Actualiser et mettre à jour le règlement de fonctionnement. Transmettre ce document.	Nous demandons un délai supplémentaire pour la mise en œuvre, soit 9 mois.	<b>Prescription maintenue</b>	Articles R. 311-33 du CASF
Pres c 5	1.3- Gouvernan ce- Animation et fonctionne ment des instances	La direction de l'établissement doit tout mettre en œuvre pour garantir une composition et un fonctionnement du CVS conforme aux dispositions réglementaires afin que cette instance soit pleinement associée à toutes les questions touchant le fonctionnement de l'établissement et exerce correctement ses attributions telles que définies à l'article D. 311-15 du CASF :  – Compléter la composition du CVS – Mettre à jour le règlement intérieur du CVS – Désigner un secrétaire de séance – Signature du relevé de conclusion par le président du CVS	L'établissement a transmis 3 documents en réponse :  Doc 1 : Bilan FEI MAS 2024 Doc 2 : Rapport d'activité du CVS 2024 Doc 3 : Candidature d'un nouveau membre CVS salarié le 30 juin 2025.	<b>Prescription maintenue.</b>  Les documents transmis ne permettent ni de s'assurer de la composition du CVS, ni de la présentation du bilan annuel des EI et du plan d'actions au CVS. Le rapport annuel apparaît comme un document non finalisé, non signé à partir d'une trame de l'ARS Normandie.  S'agissant de la composition du CVS : -le rapport d'activité détaille le résultat des élections du collège famille effectué en 2023 (soit antérieur à l'inspection),	Articles D. 311- 20 et R. 331-10 du CASF

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Etablir chaque année un rapport d'activité du CVS.</li> <li>– Soumettre au CVS un bilan des dysfonctionnements et évènements indésirables ainsi que les mesures envisagées pour les faire cesser</li> </ul> <p>Transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le CR du CVS faisant état de la présentation du bilan annuel (année N-1) des EI et du plan d'actions y faisant suite ;</li> <li>– Le rapport d'activité du CVS 2024.</li> <li>– Les mesures prises pour compléter le CVS (élections de membres, désignation) et la composition du CVS actualisée.</li> </ul>		<p>- un mail d'un professionnel adressé au chef de service a été transmis pour montrer une candidature d'un salarié,</p> <p>Ces documents ne permettent pas de prendre connaissance de la composition du CVS actualisée, ni d'actions enclenchées pour qu'une dynamique d'animation du CVS se mette en place.</p> <p>Le rapport d'activité du CVS souligne l'absence de réponses à des questions récurrentes et ne présente pas de bilan des EI ; seules les réclamations sont évoquées.</p> <p>Le support PowerPoint™ de présentation du bilan des EI à la MAS Simone Veil ne comprend pas le plan d'actions des mesures correctrices, et rien n'indique que ce bilan ait fait l'objet d'une présentation en CVS en l'absence de CR de CVS.</p>		
Pres c 6	<p>2.1- Fonctions support-Gestion des RH</p> <p>Afin de garantir la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des usagers :</p> <p>A) Assurer la présence systématique de salariés titulaires sur chacune des unités de vie tous les jours ;</p> <p>B) Formaliser des fiches de postes différencierées et adaptées selon les qualifications des professionnels, en particulier distinguer les missions de nursing et celles liées aux projets éducatifs des résidents ;</p> <p>C) Limiter le niveau de rotation du personnel qui est élevé au sein de la MAS, en particulier en adoptant des modalités de prise en charge</p>	<p>A/ Nous restons vigilants à la présence de titulaires sur chacune des unités, dans la mesure du possible.</p> <p>B et C/ Nous demandons un délai supplémentaire pour la réalisation des fiches de poste et du tableau récapitulatif, bilan social et planning des unités, soit 9 mois.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b> en l'absence de transmission d'éléments probants.</p> <p>Le délai sollicité pour la mise en œuvre de la prescription est accordé.</p>	<p>Articles L. 311-3, D. 344-5-7 du CASF</p>	<p>A) : 9 mois</p> <p>B) : 9 mois</p> <p>C) : 9 mois</p>

Thèmes et Sous- Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	<p>des usagers permettant de redonner du sens à l'accompagnement par la définition de projets individualisés, la clarification des missions et des responsabilités (fiches de postes), une organisation formalisée de l'intégration des nouveaux arrivants sur les aspects fonctionnement de la MAS, le recrutement de professionnels en CDI sur les postes vacants.</p> <p>Transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les fiches de postes différenciées entre AS/AES et éducatifs (éducateurs spécialisés et moniteur éducateur),</li> <li>- un tableau récapitulatif du personnel (CDI) avec les fonctions et qualifications avec mention des postes vacants</li> <li>-le bilan social/tableau de bord ANAP 2025</li> <li>-les plannings des unités de vie après réorganisation et/ou recrutement</li> </ul>				
Pres c 7	<p>2.1- Fonctions support- Gestion des RH</p> <p>Assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La signature de conventions d'exercice avec les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, podologue)</li> <li>– La prescription pour les séances d'ergothérapie</li> </ul> <p>Transmettre les conventions.</p> <p>Transmettre un tableau récapitulatif et anonymisé de l'effectivité de la prescription des séances</p>	<p>Transmission des documents suivants :</p> <p>Doc 1 : convention ergothérapeute</p> <p>Doc 2 : convention kinésithérapeute</p> <p>Doc 3 : tableau de présence ergothérapeute avec effectivité de la traçabilité des bilans</p> <p>Nous n'avons pas de convention podologue au sein de notre établissement.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b> en l'absence de transmission de la convention avec le podologue et en l'absence de preuves de la prescription des séances d'ergothérapie.</p> <p>En outre, la convention de la kinésithérapeute n'est pas valable car elle fait référence à un tarif horaire [REDACTED] puis d'une rémunération en fonction des factures de soins transmises en fonction des usagers pris en charge : le forfait ne peut pas exister en kinésithérapie, donc c'est une rémunération uniquement sur factures. Enfin, la</p>	<p>Article D. 344-5-15 du CASF</p> <p>Article R. 4331-1 du CSP</p>	6 mois

Thèmes et Sous- Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	d'ergothérapie réalisées sur 2 mois pour l'ensemble des usagers concernés.		convention fait référence aux articles du CSP relatifs aux ergothérapeutes et non aux kinésithérapeutes.		
Pres c 8	3.8-Prise en charge- Soins  Réaliser les bilans et évaluations kinésithérapiques et assurer leur traçabilité systématique dans les dossiers individuels des usagers  Transmettre un tableau récapitulatif et anonymisé de l'effectivité de la traçabilité des bilans et évaluation kinésithérapiques sur 2 mois pour l'ensemble des usagers concernés.	Transmission des évaluations kinésithérapiques sur 2 mois pour l'ensemble des usagers concernés.	<b>Prescription maintenue</b>  Les documents transmis sont les fiches d'observations du masseur kinésithérapeute qui assurent une traçabilité du travail de chaque séance, mais ne répondent pas à la prescription relative aux bilans et évaluations kinésithérapiques.	Articles R. 4321-2 et -6 du CSP	3 mois
Pres c 9	3.2-Prise en charge- Respect des droits et des personnes  Garantir le respect des droits des personnes en mettant en œuvre les actions suivantes :  A/ Incrire la référence à la charte des droits et libertés de la personne dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.  B/ Remettre systématiquement le livret d'accueil aux résidents ou à leurs proches et en assurer la traçabilité dans le dossier administratif de l'usager.  C/ Prévoir dans le contrat de séjour la participation de l'usager (ou à défaut de ses proches) aux réunions et aux décisions qui le concernent. Détailler les contrats de séjour sur les objectifs de prise en charge, et les faire signer par l'usager ou son représentant.  Transmettre les documents révisés (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, fiche de traçabilité de la remise des documents administratifs)	A/ Demande de report de 9 mois  B/ Demande de report de 9 mois  C/ Les contrats de séjour seront réalisés dans les 3 mois  Doc transmis : contrat de séjour type.	<b>Prescription maintenue avec un délai de mise en œuvre étendu de 3 à 6 mois.</b>  S'agissant du contrat de séjour, la transmission d'un contrat-type ne permet pas de s'assurer que les objectifs de prise en charge seront détaillés et que les contrats seront signés, et ce d'autant plus qu'aucune partie du rapport n'est traduite en Facile à Lire et à Comprendre (FALC), ce qui limite d'autant plus une éventuelle participation de l'usager aux décisions qui le concernent. En outre, le contrat-type transmis comprend peu de mises à jour par rapport à celui transmis lors de l'inspection, ce qui est confirmé par l'absence de nouvelle approbation par le CA depuis sa séance du 2 juin 2018.	Article L. 311-3 du CASF  Article L. 311-4 du CASF  Article L. 311-5 du CASF  (Circulaire. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 portant sur le contenu du livret d'accueil)	6 mois

Thèmes et Sous- Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				Article L. 311-4 et D344-5-4 du CASF Article D. 311-38-4 du CASF	
Pres c 10	3.8-Prise en charge-Soins	S'assurer que le coffre à stupéfiants ne serve à stocker que des stupéfiants.  Transmettre tout élément permettant d'en attester (photo).	Transmission d'une photo du coffre à stupéfiants.	<b>Prescription retirée.</b>	Article R. 5132-26 du CSP  1 mois
Pres c 11	3.8-Prise en charge-Soins	Renforcer le suivi médical sur les points suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>– Suivi nutritionnel</li><li>– Evaluation et réévaluation des risques de troubles de la déglutition</li></ul> Etablir des procédures ou protocoles respectivement d'évaluation et de réévaluation des risques de troubles de la déglutition, du suivi de l'état nutritionnel des usagers.	Transmission de deux documents :  Doc 1 : Evaluation et réévaluation des risques des troubles de la déglutition Doc 2 : suivi nutritionnel Ingesta	<b>Prescription maintenue</b>  Les documents transmis sont établis au niveau du siège de la fondation et au regard de la date de mise à jour au 01/10/2020 de la fiche de repérage/prise en soins des troubles de la déglutition établi par le CLAN, ces documents préexistaient à la mission d'inspection mais n'étaient manifestement pas connus ou mis en œuvre au sein de la MAS Simone Veil.  Il est attendu la preuve de l'application des ces outils (CR mini-formation et émargement des professionnels, grilles renseignées pour des usagers de la MAS)	Article L. 311-3 CASF  6 mois

Thèmes et Sous- Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Pres c 12	<p>3.8-Prise en charge-Soins</p> <p>Le classeur d'astreinte ne doit plus contenir les ordonnances médicales des résidents qui constituent une donnée de santé dont la connaissance par un professionnel non soignant contrevient à l'article L.1110-4 du CSP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le médecin doit s'assurer que le protocole individualisé pour chaque usager pouvant faire une crise d'épilepsie s'inscrit bien dans le cadre des actes de la vie courante (Cf article L313-26 du CASF).</li> <li>– Etablir une procédure établissant clairement la conduite à tenir par les accompagnants en cas de survenue de crises épileptiques en l'absence d'IDE et de médecin et/ou lors d'une sortie extérieure.</li> <li>– Former et habiliter les professionnels de nuit à l'administration des médicaments et établir une procédure en cas d'administration de médicaments en urgence la nuit.</li> </ul> <p>Transmettre les éléments probants.</p>	<p>Transmission des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocole crise épilepsie</li> <li>-Protocole personnalisé</li> <li>-Sécurisation des données médicales et astreintes</li> <li>-Protocole parcours d'habilitation à l'aide à la prise de médicaments.</li> </ul>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le parcours d'habilitation à l'aide à la prise des médicaments doit comporter un paragraphe faisant explicitement référence aux fiches spécifiques d'administration des médicaments présentant des particularités ou une complexité dans leur modalité d'administration, notamment le [REDACTED]™ et le [REDACTED]™ en intra rectal.</li> <li>- L'ensemble des agents de jour et de nuit doivent être formés et habilités à l'application des protocoles d'urgence en cas de crise d'épilepsie survenant chez un résident.</li> <li>- Aucun élément de preuve n'est apporté quant à la formation et l'habilitation des professionnels de nuit à l'administration des médicaments</li> <li>- Enfin, s'agissant de la sécurisation des données médicales dans les classeurs d'astreinte, la mesure est effective mais la possibilité persistante d'accès au logiciel de soins par les personnes d'astreinte, non soignantes de formation initiale, contrevient également à l'article L.1110-4 du CSP</li> </ul> <p>Attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de présence signée aux formations et attestation d'habilitation à l'administration des</li> </ul>	<p>Article L. 1110-4 du CSP Article L. 313-26 du CASF</p>	3 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
			<p>médicaments de l'ensemble du personnel pouvant être amené à accomplir cet acte et/ou à appliquer les protocoles de prise en charge d'une crise d'épilepsie en urgence survenant chez un résident</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie de la matrice des droits d'accès au logiciel de soins</li> </ul>		

**Recommandations :**

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 1	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	L'organisme gestionnaire devrait procéder à une analyse de la pertinence opérationnelle d'un allègement du temps des fonctions d'encadrement et de direction sur une structure fragilisée par les niveaux récents et importants de rotation du personnel de direction. Il faudrait stabiliser les recrutements sur les fonctions de direction et d'encadrement en définissant clairement le niveau d'autonomie et de marges de manœuvre pour le personnel de direction et d'encadrement au niveau établissement.		Néant Recommandation maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 2	1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Compléter et actualiser le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) avec notamment la définition de délai ou d'échéancier des actions correctives pour en assurer un suivi effectif.	Recommandations HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008	Néant	Recommandation maintenue
Reco 3	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	Tenir à jour et exact le registre unique du personnel au sein de l'établissement		Néant	Recommandation maintenue
Reco 4	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	L'établissement devrait veiller à actualiser le projet d'établissement dès lors que son fonctionnement évolue, sans attendre l'échéance des 5 ans et le faire valider selon le process interne à la fondation, recueillir la consultation du conseil de la vie sociale avant diffusion du projet d'établissement afin que les axes de ce dernier constituent les fils conducteurs à l'action des professionnels.	Article L. 311-8 du CASF	Néant	Recommandation maintenue
Reco 5	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	L'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement devrait veiller à formaliser un organigramme complet spécifique à l'établissement permettant de clarifier l'organisation hiérarchique et fonctionnelle en place et la communiquer auprès des personnels, familles et partenaires extérieurs.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 6	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Le pilotage de la structure pourrait être amélioré avec une organisation formalisée et structurée des réunions de cadres (composition CODIR, fréquence, ordre du jour, CR, suivi des décisions).		Néant	Recommandation maintenue
Reco 7	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	L'établissement devrait être en mesure de justifier la qualification de l'ensemble de son personnel, et prêter, en particulier, une vigilance accrue aux qualifications des professionnels de nuit.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 8	1.4-Gouvernance- Gestion de la qualité	Réaliser chaque année des enquêtes de satisfaction, présenter les résultats en CVS et les afficher dans l'espace d'accueil		Néant	Recommandation maintenue

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 9	3.3-Prise en charge- Vie sociale et relationnelle	Des activités devraient être proposées tous les jours aux résidents		Néant Recommandation maintenue
Reco 10	3.8-Prise en charge- Soins	Assurer un suivi du nettoyage du réfrigérateur dédié au stockage des produits de santé thermosensibles	Ordre National des Pharmaciens : Recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C à l'officine (déc. 2009 et oct. 2012), OMEDIT Normandie La gestion des Produits de Santé Thermosensibles	Néant Recommandation maintenue