

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

**Maison d'accueil spécialisée (MAS) « Simone Veil »
49 rue des Valanchards, Jouy Le Moutier (95280)
FINESS ET n°95 000948,**

**RAPPORT D'INSPECTION
N°2025_IDF_00333
Contrôle sur place le 09 janvier 2025**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Île-de-France, coordonnatrice de la mission
- Madame [REDACTED], inspectrice désignée par le directeur général de l'ARS Île-de-France, IRAS.
- Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Île-de-France

**Textes de
référence**

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.1.1. Le régime juridique de la structure	10
L312-1 (2°) CASF (est un ESMS)	10
1.1.2. L'autorisation	10
1.1.3. La population accueillie	11
1.1.4. Le CPOM	11
1.2. Management et Stratégie	12
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	12
- Périodes d'ouverture de l'établissement	13
Article D344-5-7 (MAS/FAM)	13
1.2.2. Le projet d'établissement (PE)	13
1.2.3. Le projet d'établissement : contenu	14
1.2.4. L'organigramme	16
1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur	17
1.2.6. Directeur : contrat et fiche de poste	18
1.2.7. Directeur : qualifications	19
1.2.8. Le remplacement de la direction	19
1.2.9. Les délégations au directeur	19
1.2.10. Les CODIR / COMEX / COPIL	20
1.2.11. Les astreintes administratives	21
1.2.12. Les astreintes techniques	21
1.2.13. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	21
1.2.14. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	22
1.2.15. Les conflits entre direction et salariés	22
1.2.16. Les affichages	23
1.3. Animation et fonctionnement des instances	24
1.3.1. Le CVS	24
1.3.2. Les enquêtes de satisfaction	27
1.4. Gestion de la qualité	28
1.4.1. La direction	28
1.4.2. Le responsable qualité	29
1.4.3. Les professionnels référents	29
1.4.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	29
1.4.5. L'auto-évaluation	30
1.4.6. L'évaluation externe	31
1.4.7. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	31
1.4.8. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	32
1.4.9. La bientraitance en pratique	33
1.4.10. Les comportements « défis » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels	33
1.4.11. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)	35
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	36
1.5.1. La direction	36
1.5.2. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	36
1.5.3. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	36
1.5.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	37
1.5.5. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	37
2. Fonctions support	38
2.1. Gestion des ressources humaines	38
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	38
2.1.2. Qualifications	43
2.1.3. Les postes vacants sur la structure	44
2.1.4. Le taux d'absentéisme des professionnels	44
2.1.5. Le taux de rotation des professionnels	45
2.1.6. Les dossiers administratifs des professionnels	46
2.1.7. Les intervenants/prestataires externes	46
2.1.8. Le plan de formation des professionnels	47
2.1.9. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	48
2.1.10. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	48
2.1.11. L'organisation générale du planning des professionnels	49

2.1.12.	Les plannings des professionnels	49
2.1.13.	Analyse des plannings	49
2.1.14.	Les fiches de poste des professionnels	50
2.1.15.	Les glissements de tâches	51
2.2.	Gestion d'information	51
2.2.1.	Protection des données à caractère nominatif	51
2.2.2.	Le registre unique du personnel (RUP)	52
2.2.3.	Le registre des entrées et sorties des usagers	52
2.2.4.	Le registre des présences quotidiennes	52
2.2.5.	Le support et le contenu des dossiers des usagers	52
2.2.6.	La complétude des dossiers médicaux	53
2.2.7.	Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers	54
2.2.8.	Le dossier de soins	55
2.2.9.	Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux	55
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	56
2.3.1.	L'état général du bâtiment	56
2.3.2.	Le suivi des réparations	56
2.3.3.	L'accessibilité PMR des locaux	56
2.4.	Locaux et équipements	57
2.4.1.	Fonctionnalité et hygiène des locaux	57
2.4.2.	Les chambres	57
2.4.3.	La circulation dans les locaux	57
2.4.4.	La salle d'apaisement	58
2.5.	Sécurités	58
2.5.1.	Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	58
2.5.2.	Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	58
2.5.3.	Les vaccinations des usagers	58
	Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle	58
	Inscription des vaccins administrés dans le carnet de santé	58
	Recueil de l'accord des responsables légaux tracé	59
2.5.4.	L'aide à la prévention des chutes	59
2.5.5.	La prévention des fugues	59
2.5.6.	PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public	59
3.	Prises en charge	60
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	60
3.1.1.	L'admission	60
3.1.2.	Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »	62
3.1.3.	Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour	62
3.1.4.	Le livret d'accueil	63
3.1.5.	Les médecins traitants	65
3.1.6.	Les transmissions inter équipes	65
3.1.7.	Relations avec la MDPH	65
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	66
3.2.1.	Les outils d'évaluation	66
3.2.2.	Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :	67
3.3.	Respect des droits des personnes	68
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	68
3.3.2.	La personne de confiance des usagers	68
3.3.3.	L'identification des usagers (identitovigilance)	68
3.3.4.	Les mesures de protection des biens	68
3.4.	Vie sociale et relationnelle	69
3.4.1.	Relations avec les familles	69
3.4.2.	Organisation de sortie extérieure	69
3.4.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	69
3.5.	Vie quotidienne	70
3.5.1.	Le transport des jeunes	70
3.5.2.	Les activités	70
3.6.	L'hébergement, internat	71
3.6.1.	Le suivi de l'hygiène corporelle	71
3.6.2.	Les changes	71
3.7.	L'alimentation	72
3.7.1.	La conception des repas	72

3.7.2.	Les salles de restauration	72
3.7.3.	Les régimes, textures	73
3.7.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	73
3.7.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	74
3.8.	La dispensation des soins	75
3.8.1.	L'organisation des soins	76
1.1.1.1.	L'organisation des soins définie par le PE	76
1.1.1.2.	Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante	76
1.1.1.3.	Cadre IDE	77
3.8.2.	Plannings et continuité des soins	77
3.8.3.	Missions médicales	79
3.8.4.	L'infirmier	80
3.8.5.	La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	83
3.8.6.	Gestion des urgences médicales	83
3.8.7.	Les prises en charge	84
1.1.1.4.	Les prescriptions de rééducation	84
3.8.8.	Les procédures et protocoles	85
1.1.1.5.	Le traitement de la crise épileptique	85
1.1.1.6.	Le traitement de la douleur	85
1.1.1.7.	Les contentions	86
3.9.	Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	86
3.9.1.	Le circuit du médicament	86
3.9.2.	Prescription	86
3.9.3.	Commandes	87
3.9.4.	Livraison	87
3.9.5.	Dispensation	87
3.9.6.	Stockage	88
3.9.7.	Distribution et administration	90
4.	Relations avec l'extérieur	92
4.1.	Coordination avec les acteurs de soins	92
5.	Récapitulatif des écarts et des remarques	93
5.1.	Remarques	94
6.	Conclusion	96
7.	Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	98
8.	Annexes	100
Annexe 1	Lettre de mission des agents chargés du contrôle	100
Annexe 2	Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	102
Annexe 3	Liste des professionnels et familles avec lesquels la mission s'est entretenue	105

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé la MAS parmi les établissements à contrôler en raison notamment :

- de la réception de plusieurs déclarations d'événements indésirables graves et dysfonctionnements adressés à l'ARS par l'établissement en 2023 et 2024, portant en partie sur des suspicions de maltraitance ;
- de la rotation à rythme rapide du personnel de direction de l'établissement et du site.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée.

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

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques de la gouvernance, fonctions support (RH) et prises en charge (soins et éducatif) des usagers.

La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions et l'équipe d'inspection a été accueillie dès son arrivée par la directrice du site Val de Seine assurant également l'intérim du site « La Clé pour l'autisme » (CPA). La responsable administrative et financière du site CPA était également présente et le directeur de transition de la MAS s'est rendu disponible. La mission a pu mener les entretiens souhaités avec les professionnels de la MAS le jour même et les jours suivants, à distance.

La situation de transition dans laquelle se trouvent les établissements du site de la CPA¹ et, en particulier, les établissements pour adultes situés à Jouy le Moutier, avec un projet de réorganisation de la gouvernance et des projets d'évolution du fonctionnement de la MAS (projet de revenir sur le temps de travail (journées de 7 ou 8h au lieu de 12h) et de révision des plannings pour constituer une équipe éducative distincte) ne permettent pas de photographier un fonctionnement consolidé de l'institution.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf conclusion

¹ **Le site de la Clé pour l'autisme (CPA)** comprend des établissements et services pour enfants handicapés (IME et SESSAD à Vauréal et IME à Saint Martin du Tertre) et des ESMS pour adultes handicapés à Saint Martin du Tertre (Foyer de vie) et à Jouy le Moutier (La MAS Simone Veil, le FAM Simone Veil, le Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés Simone Veil et le CITVS (centre d'initiation au travail et à la vie sociale) Simone Veil.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Simone Veil » située 49 rue des Valanchards à Jouy le Moutier (95280), FINESS ET n°95000948, gérée par la Fondation « John Bost » est autorisée pour l'accueil et l'accompagnement spécialisé de personnes adultes présentant un trouble du spectre autistique et dispose de 39 places d'hébergement complet en internat et de 10 places de service externalisé (accueil de jour et prestations à domicile).

Cet établissement a été inscrit dans la programmation de ces contrôles, à la demande de la Délégation départementale du Val d'Oise en raison :

- De la réception de plusieurs déclarations d'événements indésirables graves et dysfonctionnements adressés à l'ARS par l'établissement en 2023 et 2024, portant sur des suspicions de maltraitance, une situation conflictuelle avec une famille à la suite de la découverte d'un hématome sur le bras de leur proche et une erreur médicamenteuse ayant entraîné un probable déficit fonctionnel,
- D'une rotation à rythme rapide du personnel de direction de l'établissement et du site,

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

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

Modalités de mise en œuvre

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

L'équipe d'inspection² est composée de :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France, coordonnatrice de la mission,
- Mme [REDACTED] kinésithérapeute et inspectrice désignée par le directeur général de l'ARS Ile-de-France, IRAS,
- Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France.

Le contrôle a été réalisé sur site le 9 janvier 2025 de manière inopinée³. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

La mission a été accueillie dès son arrivée par la directrice du site Val de Seine assurant l'intérim du site « La Clé pour l'autisme » (CPA). La responsable administrative et financière du site CPA était également présente et le directeur de transition de la MAS s'est rendu disponible. La mission a pu mener les entretiens souhaités avec les professionnels de la MAS le jour même et les jours suivants à distance. La liste des personnes entendues en entretien figure en **annexe 3**.

² Cf. la lettre de mission en annexe 1.

³ Sans annonce préalable à l'établissement

Présentation de l'établissement inspecté :

Document 1. Vue extérieure de l'établissement dont la raison sociale est MAS Simone Veil



Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Fondation John Bost
Adresse de la présidence :	6 rue John Bost
Code postal et Ville :	24 130 LA FORCE
Adresse de la direction générale :	1 rue du commerce
Code postal et Ville :	33 800 BORDEAUX
Courriel :	fjb@johnbost.fr
Téléphone fixe :	05 37 10 01 50
Site internet	www.johnbost.org
Nombre d'ESSMS gérés	42 établissements ou services sanitaires et médico-sociaux implantés dans 4 régions ⁴

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	49 rue des Valanchards
Code postal et Ville :	95280 Jouy Le Moutier
Courriel :	
Téléphone fixe :	01 30 27 27 97

Type de structure			
Type d'établissement / service :	Maison d'accueil spécialisé		
Date d'ouverture : 07/2011 ⁵			
Numéro FINESS :	Géographique :	950009498	Juridique : 240 000265
Statut juridique de l'entité juridique	fondation		
Option tarifaire :	Dotation globale		
Date du CPOM :	31 mai 2022 pour la période 2022-2026		
Présence d'une PUI ⁶ :	Non		

La MAS dispose d'une autorisation d'accueil et accompagnement spécialisé personnes handicapées adultes souffrant de troubles du spectre de l'autisme de :

⁴ Selon le site internet de la fondation

⁵ Selon base Finess : ouverture le 19 juillet 2011, et selon le projet d'établissement : ouverture le 25 juillet 2011

⁶ PUI : Pharmacie à usage intérieur

- 39 places en hébergement complet avec internat
- 10 places en accueil de jour et prestations à domicile (Arrêté n° 2019-101 du 19 mai 2019 portant autorisation d'extension de 10 places).

Au jour de l'inspection, la file active de l'accueil de jour est de ■ usagers.

La MAS est organisée en unités de capacité variable (de 8 à 12 résidents) pensées en fonction des besoins, tolérances ou intolérances des usagers.

Le projet d'établissement (page 37) opère la distinction suivante entre les unités :

« Une unité calme » de 8 personnes prenant en compte le besoin de calme et d'apaisement (..)

Une unité « interaction » de 10 personnes avec qui seront travaillées les interactions et la communication

Une unité « isolement » de 10 personnes prenant en compte le besoin d'isolement.

Une unité « groupe » de 12 personnes qui acceptent le groupe, le bruit et les déambulations, qui sont dans l'échange et la communication. »

Deux unités sont en rez-de-chaussée et deux sont au premier étage. Les deux paires d'unité de vie possèdent chacune un sas commun réservé à l'encadrement et qui permet de réaliser les transmissions. Chaque unité de vie possède un patio extérieur clos, équipé d'une avancée de toit suffisante pour former un préau.

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens a été signé pour la période 2022–2026 entre :

- La Fondation JOHN BOST : Site La Clé Pour l'Autisme
- Le Département du Val d'Oise
- L'Agence Régionale de Santé Ile-De-France

Il prévoit pour l'ensemble des établissements entrant dans le périmètre du CPOM⁷ des engagements autour des axes suivants :

- Stratégie (ancrage territorial et parcours de l'utilisateur), qui comprend des actions sur les pratiques d'admission et le déploiement du dossier unique de demande d'admission ;
- Performance (optimisation de l'activité, politique Ressources Humaines et restructuration et réforme), qui comprend le suivi du turn over et de l'absentéisme des personnels, la prévention des risques professionnels, le développement de l'attractivité de l'établissement et la prévention de la maltraitance ;
- Accompagnement médico-social et qualité de la prise en charge (faciliter l'accès aux soins, fluidité des parcours, insertion en milieu ordinaire, scolaire, professionnel)

Le budget de fonctionnement (base zéro du CPOM) arrêté au 31 décembre 2021 est de ■ € pour la MAS. A l'EPRD 2024, la dotation au 31 décembre 2024 est de ■⁸.

Constats

Le rapport est établi au vu des éléments vus, lus et entendus par l'équipe d'inspection et de l'étude des documents probants transmis par les professionnels de la structure.

⁷ FAM et MAS Simone Veil, IME et SESSAD la Clé, IME Roland Bonnard, CITVS, Foyer le Verger.

⁸ Courrier d'approbation de l'EPRD 2024, conjoint DDARS du Val d'Oise et Conseil départemental du Val d'Oise en date du 20 août 2024

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n° SIICEA 2025 IDF 00333

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	L'autorisation de la structure est-elle respectée?	Partiellement	<p>Le taux d'occupation est en deçà des capacités autorisées alors que la visite de conformité réalisée le 22 juillet 2021 avait établi un calendrier de montée en charge progressive en raison des difficultés de recrutement rencontrées par la structure. Selon ce calendrier, l'établissement devait accueillir ■ résidents au 03 décembre 2021 puis monter jusqu'à ■ résidents à la fin du mois de mars 2022.</p> <p>Selon le rapport d'activité de la MAS pour l'année 2022, les changements de direction et l'accueil de résidents avec des profils hétéro-agressifs nécessitant de revoir la composition des groupes de résidents pour un meilleur équilibre sont des éléments qui expliquent l'ouverture différée de la 4ème unité et le sous-effectif constaté en dépit de l'utilisation de la quasi-totalité de la masse salariale prévue (nécessité d'un encadrement plus important, plusieurs accidents de travail).</p> <p>Le directeur de transition arrivé au dernier trimestre 2024 s'est attaché à admettre de nouveaux résidents. Lors de la réunion de restitution à chaud, il a été indiqué à la mission que ■ personnes se trouvaient en liste d'attente mais que l'avis d'un médecin était requis avant de prononcer de nouvelles admissions.</p> <p>Écart 1 : Le taux d'occupation de la MAS est en deçà des taux prévus dans le CPOM depuis 2022, même si une amélioration du taux d'occupation est palpable depuis quelques mois.</p>
	1.1.3. <u>La population accueillie</u> La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ? <i>Article D344-5-1 & Article D344-5-2 (MAS/FAM)</i>	Oui	<p>L'établissement est autorisé pour l'accueil d'adultes souffrant de troubles du spectre de l'autisme.</p> <p>Selon les données du tableau de bord de la performance sur données 2023, le public accueilli présentent majoritairement une déficience intellectuelle (■ au titre de la déficience principale, un autisme pour ■ et ■% ont des troubles du psychisme en tant que déficience principale. L'autisme représente ■% en déficience associée, suivi de la déficience intellectuelle à hauteur de ■% en déficience associée. Tous les résidents présentent des troubles du langage et des apprentissages en tant que troubles associés.</p> <p>La population accueillie est conforme aux dispositions de l'article D 312-0-3 du CASF et aux autorisations de la MAS.</p>
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. <u>Le CPOM</u>		<p>Le périmètre du CPOM correspond aux établissements du site de la Clé pour l'autisme et comprend sept établissements et services pour enfants et pour adultes. Sur le site de Jouy le Moutier, sont concernés la MAS Simone Veil, le FAM Simone Veil et le CITVS.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Un CPOM est-il en cours de validité ?	Oui	Le CPOM tripartite (délégation départementale ARS du Val d'Oise, conseil départemental du Val d'Oise et fondation John Bost), signé le 31 mai 2022 couvre la période 2022-2026.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u>		
	Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?	Oui	
	Date-t-il de moins de 5 ans ?	Non	Le règlement de fonctionnement remis à la mission comporte une cartouche avec les dates de validation des différentes instances : - Avis favorable du CVS de la Mas le 15 décembre 2016 - Avis favorable du CE du site la Clé pour l'autisme le 17 janvier 2017 - Conseil d'administration de la fondation John Bost le 5 février 2017 Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans et n'a pas été réactualisé suite à la réception des nouveaux locaux alors que la capacité de l'établissement et de chaque unité de vie est supérieure à la capacité initiale telle que décrite dans le règlement de fonctionnement.
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?	Oui	Écart 2 : Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans et fait référence à l'usage des anciens locaux de la MAS lorsque la capacité d'accueil n'était que de 24 personnes en hébergement permanent et 9 en externat. Cette situation contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
	Est-il remis aux usagers et professionnels ?	non investigué	Le règlement de fonctionnement prévoit sa transmission aux usagers et aux professionnels mais cette question n'a pas été abordée lors des entretiens.
	Est-il affiché dans l'établissement ?	non investigué	
	Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF ?		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ;	Oui	Association des familles via le CVS, le contrat de séjour, le cahier de liaison
	- L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;	Oui	
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	
	- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	Oui	
	- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées.	Oui	
	- Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur	Oui	<p>S'agissant de la prévention de la violence, le règlement de fonctionnement stipule que « la violence verbale et physique, (...) sont interdits. Toute personne intervenant dans l'établissement est tenue de signaler tout acte ou suspicion d'acte de maltraitance observé au directeur. A cette fin, l'établissement dispose d'une procédure interne de signalement. ». Les conséquences de violence sur autrui ne sont donc pas exposées. Un paragraphe concerne le comportement des personnes accueillies et stipule que « les résidents, dans la mesure de leurs possibilités doivent éviter de proférer des insultes et agresser verbalement ou physiquement les autres personnes. En cas de conduite incompatible avec la vie en collectivité, le contrat de séjour peut être résilié par décision de la direction générale et les infractions pénales sont susceptibles d'entraîner des procédures judiciaires. »</p> <div> Remarque 1 : La rédaction du règlement de fonctionnement sur les conséquences des faits de violence sur autrui élude les éventuelles procédures administratives et judiciaires lorsque ces actes sont commis par d'autres personnes que les personnes accueillies. </div>
	- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;	Oui	
	- Les conséquences de violence sur autrui ;	Partiellement	
	- Les prescriptions d'hygiène de vie ;	Oui	
	- Périodes d'ouverture de l'établissement	Oui	
	Article D344-5-7 (MAS/FAM)		
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. Le projet d'établissement (PE)		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le projet d'établissement existe-t-il ?	Oui	<p>Le projet d'établissement remis à la mission d'inspection n'a pas évolué depuis la visite de conformité qui a eu lieu en 2021 et ce projet n'a pas été validé si l'on se réfère aux cartouches de validation non renseignées sur la première page du document. Le projet d'établissement validé était attendu en février 2022 selon le PV de la visite de conformité.</p> <p>Le projet couvrant la période 2021-2025 est officiellement en cours de validité au moment de la visite sur site, mais non validé par la direction générale. Il fait référence au plan stratégique 2017-2021 et au projet des établissements de la Fondation John Bost 2014-2019, obsolètes. Si les professionnels ont pu être associés à son élaboration dans le cadre de la réorganisation du fonctionnement de la MAS à la suite de l'emménagement dans les nouveaux locaux, aujourd'hui, il n'est pas connu des professionnels et ne sert pas de points de références pour les actions de ces derniers.</p> <div> Remarque 2 : Le projet d'établissement, bien que valable jusqu'en 2025 s'avère caduc, non validé par la direction générale, non connu des professionnels et ne constitue pas un point de repère à l'action de ces derniers. </div>
	Le projet d'établissement est-il en cours de validité ?	Oui	
	Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ?	Non	
	Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ?	Non	
	Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ?	Non	
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. Le projet d'établissement : contenu		
	<p>Les points suivants figurent-ils dans le projet d'établissement ?</p> <p>1° Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ;</p> <p>2° Détaille les caractéristiques générales des accompagnements et prestations mis en œuvre par l'établissement ou le service qui constituent le cadre de référence des actions de soutien médico-social et éducatif prévues par le contrat de séjour visé à l'article D. 344-5-4 ;</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le contenu du projet d'établissement relève davantage des grands principes d'actions que d'objectifs opérationnels. Ces derniers lorsqu'ils sont décrits sont en décalage avec ce qui est mis en œuvre au moment de la visite sur site (en particulier sur les projets personnalisés des résidents et globalement sur la prise en charge paramédicale et éducative des résidents). Un travail important a été mené pour l'intégration des résidents et des professionnels dans les nouveaux bâtiments livrés en septembre 2021, mais la réflexion semble s'être arrêtée depuis.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3° Précise les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée chargé notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ;	Oui	
	4° Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ;	Partiellement	
	5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ;	Oui	
	6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;	Oui	
	7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ;	Partiellement	
	8° Prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est réorientée ;	Oui	
	9° Prévoit les modalités d'élaboration d'accès et de transmission des documents mentionnés à l'article D. 344-5-8 .	Oui	
	Le projet d'établissement contient-il :		
	- Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement ;	Oui	
	- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ;	Oui	
	- Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ;	Oui	Il est fait référence à une chambre d'accueil temporaire mais l'organisation de cet accueil n'est pas développée.
	- Les critères d'évaluation et de qualité voire les mesures du CPOM ?	Oui	
	- Le PE comporte-t-il un volet dédié à l'hébergement temporaire ? Réf. : D. 312-8 et D. 312-10 du CASF	partiellement	
	- Un volet dédié aux soins est-il élaboré dans le projet d'établissement ? Si oui, définit-il les axes prioritaires en matière de coordination des soins dans la structure ? Réf. : Art. L. 311-8 et D. 344-5-5, (5°) , CASF	Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet de soins comporte-t-il un projet médical/de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes ? Réf. : HAS « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes »-mars 2015 	Non	
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.4. <u>L'organigramme</u></p> <p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p> <p>L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?</p>	<p>Choisir</p> <p>Non</p>	<p>Le jour de la visite sur site, la mission n'a pas eu accès à l'organigramme de l'établissement. Un organigramme transmis ultérieurement, daté du 20 janvier 2025, présente l'organisation hiérarchique sur le site de la Clé pour l'autisme avec la composition de l'équipe du site CPA (équivalente d'une direction régionale) et en dessous les 3 pôles distingués selon leur implantation géographique (Vauréal, Saint Martin du Tertre et enfin Jouy le Moutier). Cet organigramme est nominatif et indique le nom de la directrice en titre, [REDACTED], et le nom des trois directeurs adjoints. Le nom ou même la mention du directeur de transition sont omis. L'organigramme ne présente pas les équipes en dessous des directeurs adjoints. Cet organigramme ne permet pas de traduire le fonctionnement de l'établissement, ni de comprendre les liens fonctionnels.</p> <p>L'organigramme du site est complété par l'organigramme de la Direction générale. Le lien hiérarchique est clairement établi : Directeur Général> Directeurs de site> directeurs d'établissements> directeurs adjoints d'établissement> chef de service le cas échéant en fonction des sites.</p> <p>L'organigramme de la direction générale tel qu'il a été transmis à la mission ne correspond ni aux explications qu'en a eu la mission lors des entretiens ni à celui présenté dans le bulletin trimestriel de la fondation, en particulier celui de décembre 2024. L'organigramme transmis ne mentionne qu'une partie des équipes de la direction générale, ne mentionne ni la secrétaire générale, ni le directeur médical alors que selon les entretiens et le trimestriel, la direction générale est composée d'un triumvirat : Directeur général, secrétaire général et directeur médical. De ce fait, les pôles et les équipes composant ces pôles rattachés à la secrétaire générale et au directeur médical ne sont pas présentés. Une partie des pôles sous l'égide du directeur général ne sont pas non plus présentés (Pôle patrimoine, accueil et rayonnement ou pôle accompagnement spirituel à titre d'exemple).</p> <div> <p>Remarque 3 : L'absence d'organigramme propre à l'établissement ne permet pas de disposer d'une visibilité rapide de l'organisation en place, et ce d'autant plus que l'organigramme de site est purement hiérarchique avec une présentation s'arrêtant au niveau des directeurs adjoints.</p> </div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u>		<p>Le gestionnaire propose des services, tels que la fonction RH mutualisée à Bordeaux et des professionnels référents en cas de difficultés de prise en charge de certains résidents dans les établissements. Il existe par ailleurs des services mutualisés au niveau du site tels que la responsable qualité ou la responsable administrative et financière ou la gestion de la paie. Selon les entretiens, l'organisation en place est historique et mérite d'évoluer en raison de l'augmentation du nombre de structures gérées par la Fondation.</p> <p>Au moment de la visite sur site, non seulement la gouvernance de la MAS est en phase de transition, mais aussi celle de la direction de site CPA. La directrice de site par intérim a été depuis confirmée dans sa fonction tout en conservant le site qu'elle gérât déjà (site Val de Seine). De ce fait, une structuration plus étoffée de la direction de site est prévue pour mieux la seconder avec un projet de mutualisation des services des deux sites Val de Seine et clé pour l'autisme.</p> <p>Selon les entretiens, le directeur général qui est pasteur selon le règlement intérieur de la Fondation, conserve une proximité du terrain en se déplaçant pour chaque CVS d'établissement.</p> <p>A la lecture des comptes-rendus de comité de vis sociale (CVS), la présence du Directeur général (DG) de la fondation aux CVS de la MAS Simone Veil est récente : juin 2024. Les comptes-rendus sont explicites sur les difficultés rencontrées et les interrogations des familles spécifiquement sur la MAS Simone Veil dans un contexte de difficulté d'encadrement et de pilotage de l'établissement dont l'histoire du rattachement à la fondation depuis 10 ans ne paraît pas apaisée. Cette situation explique le degré d'implication du DG au niveau de cet établissement.</p> <p>En l'absence de transmission du document unique de délégation, les éléments à disposition de la mission interrogent néanmoins sur les marges de manœuvre laissées à la direction d'établissement. Selon les entretiens, les comptes-rendus de Comité social et économique (CSE) ainsi que le règlement intérieur de la fondation John Bost, le fonctionnement est particulièrement centralisé, tant pour les recrutements de professionnels que pour les admissions des résidents.</p> <p>Le règlement intérieur de la fondation John Bost précise dans son titre IV la composition et le rôle des trois membres de la direction générale (directeur général, secrétaire général et directeur médical). L'article 10.2 énonce les principes généraux relatifs à la direction générale suivants :</p> <p>« [REDACTED] »</p> <p>L'article 11.2 sur les responsabilités du directeur général conforte le fonctionnement décrit à l'article 10.2 tout en mentionnant la possibilité du directeur général à déléguer tout ou partie de ses tâches.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Il convient de mentionner le rapport du cabinet [REDACTED], établi à la demande des élus du CSE du site la Clé pour l'autisme pour constats de risques graves en janvier 2023, qui indique un fonctionnement « pyramidal » : les directeurs d'établissements font tout remonter au directeur de site qui fait remonter au siège de l'association.</p> <p>Selon ce rapport, l'autonomie et les marges de manœuvre de la nouvelle direction (en 2023) étaient constatées réduites.</p> <p>Remarque 4 : L'autonomie et les marges de manœuvre de la direction d'établissement ne sont pas clairement définies.</p>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.6. <u>Directeur : contrat et fiche de poste</u></p> <p>Quelle est la date de prise de fonction du directeur ?</p>		<p>Lors de la visite sur site de l'inspection, le 9 janvier 2025, un directeur de transition est en place depuis le 2 septembre 2024 avec une fin de mission fixée à la fin du mois de janvier 2025.</p> <p>La directrice en titre, [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] Le directeur de transition était déjà présent sur le site car il a assuré une transition sur le FAM et le CITVS de Jouy le Moutier [REDACTED]</p> <p>La mission a appris que le nouveau directeur du FAM, recruté dans le courant du mois de janvier 2025, [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] assurait aussi l'intérim sur la MAS.</p> <p>Les documents concernant la directrice en titre [REDACTED] n'ont pas été transmis à la mission. Ceux du directeur de transition ont été remis. Tous les deux exerçaient à temps plein sur la MAS. L'organisation en place à compter de la fin du mois de janvier ne repose plus que sur un seul directeur partagé entre les 3 structures pour adultes de Jouy le Moutier (MAS, FAM et CITVS) de façon transitoire. Cette orientation est toutefois déjà inscrite dans la feuille de route rédigée en septembre 24 que la fondation a négocié avec le cabinet [REDACTED] dans le cadre de la lettre de mission du directeur de transition de septembre 24 à janvier 25.</p> <p>Les objectifs de la mission négociés avec la fondation ont été rédigés ainsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gérer la structure au quotidien sur les plans organisationnel, ressources humaines, administratif, budgétaire en concertation avec la directrice territoriale ; 2. Effectuer un diagnostic organisationnel sur l'organisation en place composée de trois directions adjointes ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>3. Poursuivre le travail déjà enclenché sur une nouvelle organisation des plannings et de l'organisation au sein des services</p> <p>4. Mettre en place une collaboration avec la directrice du FAM/ FH/CITVS [REDACTED] ainsi que les autres acteurs du pôle.</p> <p>La direction de site devient partagée à compter du 25 janvier 2025 par une directrice qui dirige 2 sites. La réorganisation de la gouvernance ne permet pas de savoir quelles sont les modalités de pilotage retenues par l'organisme gestionnaire.</p> <p>Remarque 5 : L'allègement du temps de direction de la MAS dans un contexte de succession de directeurs et d'une instabilité de l'encadrement comporte des risques de fragilisation d'une structure qui connaît des difficultés depuis plusieurs mois, voire années (Cf rapport [REDACTED] de janvier 2023 sur les risques psycho-sociaux ; courriers des salariés au premier trimestre 2024).</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.7. <u>Directeur : qualifications</u>		Le directeur de transition est qualifié. Les diplômes de la directrice en titre, [REDACTED] n'ont pas été transmis.
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. <u>Le remplacement de la direction</u>		
	Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?	Oui	Le directeur de site peut pallier l'absence du directeur d'établissement, et c'est ce qui a été fait pendant l'été 2024 avec l'appui également du directeur de transition qui assurait à l'époque la mission de transition sur le FAM. Une astreinte administrative est organisée.
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Les délégations au directeur</u> <u>ESSMS privé</u> Le document unique de délégation (DUD) a-t-il été envoyé à l'ARS ?	Non	Le document unique de délégation (DUD) fait partie des documents demandés par la mission et non transmis par l'établissement. Selon les entretiens, il n'existe pas de DUD, ni pour la direction d'établissement, ni pour la direction de site. Ces éléments sont concordants avec ceux vus plus hauts sur les relations entre l'organisme gestionnaire et la direction. Il n'existe pas de document écrit précisant les compétences et missions confiées à la direction d'établissement par délégation de l'organisme gestionnaire. Ni le pilotage, ni les responsabilités ne sont définis, notamment en matière de :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>-conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ;</p> <p>-gestion et animation des ressources humaines ;</p> <p>-gestion budgétaire, financière et comptable ;</p> <p>-coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.</p> <p>Écart 3 : En l'absence d'élaboration du document unique de délégation, l'organisme gestionnaire contrevient à l'article D 312-176-5 du CASF, ce qui ne permet pas de définir les responsabilités notamment en matière de conduite et mise en œuvre du projet d'établissement, gestion des ressources humaines, gestion budgétaire et la coordination avec les partenaires extérieurs, et altère le bon pilotage de l'établissement.</p>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.10. Les CODIR / COMEX / COPIL</p> <p>Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COPIL (réunions des cadres de la structure) (fréquence, participant, rédaction et diffusion CR)</p>		<p>L'organisation des CODIR est liée au directeur en place. Selon l'annonce publiée pour le poste de directeur adjoint des soins, un comité de direction associe le directeur d'établissement, les directeurs adjoints et les médecins (généraliste et psychiatre). Le directeur de transition distingue les réunions opérationnelles en présence des directeurs adjoints des réunions à dimension clinique avec les médecins.</p> <p>Les comptes-rendus de réunion ne sont pas formalisés. Selon les entretiens, les liens se font quotidiennement. En l'absence de formalisation, l'établissement ne peut attester de la tenue régulière de réunions de direction. Il ressort des entretiens un manque de temps pour repenser une organisation, qui ne paraît ni pertinente ni efficiente de l'avis unanime. La répartition des missions actuelles a été mise en place pour pallier les absences () ou les postes vacants (poste vacant pendant plus de 9 mois avant l'arrivée du directeur adjoint éducatif) et revue à la marge pour rééquilibrer les charges de travail (en fonction des présences ou absences). Le directeur de transition a déclaré essayer de faire émerger une équipe de direction.</p> <p>Sur le site, des CODIR sont organisés avec les directeurs de site, et il est arrivé que le CODIR ait été élargi aux directeurs adjoints.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 6 : L'absence d'organisation formalisée des réunions des cadres de la structure (fréquence, composition, ordre du jour, compte-rendu) ne permet pas un pilotage efficace de la structure.
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. <u>Les astreintes administratives</u> Une astreinte de direction est-elle mise en place la nuit ?	Oui	Une astreinte de direction est en place les soirs de semaine et le WE. Selon le calendrier transmis d'octobre à décembre, cette astreinte repose sur les directeurs adjoints selon un roulement hebdomadaire qui commence le vendredi ou le jeudi et va jusqu'au mercredi ou jeudi soir suivant. L'astreinte est définie soit hebdomadairement soit sur 15 jours. Il nous a été précisé l'organisation suivante pour les mois de juillet 2024 à octobre 24 : Une astreinte de niveau 1 assurée en alternance par les 3 directeurs adjoints, 1 astreinte technique assurée par les agents techniques, 1 astreinte de niveau 2 assurée par les cadres de direction du Siège.
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. <u>Les astreintes techniques</u> Une astreinte technique est-elle mise en place la nuit ?	Oui	Selon les documents transmis, une astreinte technique est en place la nuit et les WE. Un lutin rassemble les informations sur les plannings du personnel administratif, les coordonnées des différentes entreprises et les procédures en lien avec les alarmes des chambres froides de la cuisine centrale, les alarmes incendies et les assurances
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</u> Un professionnel encadre-t-il l'équipe soignante ?		L'équipe soignante est encadrée par une directrice adjointe en charge du soin. L'annonce de publication du poste et le contrat de travail et diplômes de la directrice adjointe ont été transmis. [REDACTED], la directrice adjointe en charge des soins exerce au sein de l'établissement [REDACTED] à temps plein. Le contrat de travail stipule néanmoins que l'intéressée pourra être amenée à exercer, à la demande de la fondation, dans un autre établissement ou service situé dans le même périmètre géographique. Les principales missions sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • La coordination des projets personnalisés de soins et d'accompagnement des résidents en lien étroit avec l'équipe médicale et paramédicale.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> • Le management des équipes, avec des missions de gestion et suivi des plannings et de suivi et mise en œuvre des protocoles de soins en lien avec la direction médicale de la fondation. • Participation à la mise en œuvre des projets individualisés des résidents, mission de suivi et contrôle de l'élaboration du projet individualisé à partir d'une évaluation globale de la personne ; Coordination de sa mise en œuvre avec les partenaires internes et externes à la Fondation ; Animation et suivi des réunions institutionnelles, notamment de la réunion clinique sous la responsabilité des médecins référents (Projet Personnalisé d'Accompagnement et de Soins). • L'implication dans la vie institutionnelle de l'établissement, notamment participation au suivi du projet d'établissement, et des dossiers transversaux (DUERP, QVT, Qualité, Plan bleu, Gestion de crise, Hygiène etc...).
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u> Un professionnel encadre –t-il l'équipe éducative ?	Oui	<p>Au moment de l'inspection, un directeur adjoint éducatif, [REDACTED], est en poste à temps plein [REDACTED]. Toutefois, il n'encadre pas en tant que tel une équipe éducative car les professionnels éducatifs de l'établissement, en raison de l'organisation historique, sont intégrés dans les roulements des équipes soignantes. L'enjeu pour lui est de constituer une équipe éducative en sortant des plannings les professionnels éducatifs pour qu'ils puissent se consacrer à la mise en œuvre de véritables projets éducatifs. Il existe aussi un enjeu par rapport au temps de travail journalier : actuellement en 12h, le souhait de la direction est de passer en semaine à une journée de 7 ou 8h.</p> <p>Actuellement, un temps de réunion éducative est organisé le mardi matin avec les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs autour des activités.</p> <p>La gestion des plannings des unités est répartie entre les directeurs adjoints. Le directeur adjoint éducatif gère les plannings des unités 1 et 4.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. <u>Les conflits entre direction et salariés</u> Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels ? (Signalement, pétitions, absentéisme élevé, rotation fréquente des personnels, affaires prud'homales, suivi troubles musculo-squelettiques et risques psychosociaux, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats, ...)	Oui	<p>Un courrier de plainte signé par 29 salariés de la MAS, daté du 10 février 2024 et exposant sur 7 pages les dysfonctionnements affectant la MAS [REDACTED] a été adressé au directeur général de la fondation qui indique l'avoir reçu le 15 mars 2024.</p> <p>La direction générale de la fondation a fait une réponse circonstanciée le 22 avril 2024 en réponse aux plaintes sur la détérioration des conditions de travail et de la qualité des réponses faites aux résidents et familles. [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>la fondation propose un plan d'actions reposant sur les axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser la répartition des missions entre la directrice et les directeurs adjoints, considérant que l'équipe de direction de la MAS est au complet seulement depuis la fin du mois de mars 2024 ; - Simplifier les process de décisions ; - Clarifier les modalités de communication entre professionnels, entre les professionnels et l'encadrement, entre la direction et les familles. <p>Au moment de la visite d'inspection, en janvier 2025, un directeur de transition est en place. Selon les entretiens menés, le climat social s'est apaisé même si l'organisation du travail n'a pas été repensée, faute de temps pour y travailler, et demeure très insatisfaisante.</p> <p>Les conflits se sont traduits par des indicateurs dégradés en termes d'absentéisme et de taux de rotation des professionnels. Il convient de noter toutefois qu'historiquement les risques psychosociaux sur l'établissement ont été identifiés dans un rapport d'expertise demandé par les élus du CSE pour constat de risques graves a été présentée en janvier 2023 en réunion extraordinaire du CSE. Les difficultés sont mises en exergue.</p>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.16. Les affichages</p> <p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p>		<p>Les affichages en lien avec les droits des usagers et le CVS ont été constatés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La liste et les coordonnées des représentants du CVS, des CR de CVS - La charte des droits et libertés de la personne accueillie - La charte de la vie affective et sexuelle - Le règlement de fonctionnement - Le numéro de prévention de la maltraitance : 3977 - Des affiches ARS sur les signalements des événements indésirables - Une affiche d'information sur les personnes qualifiées - Une affiche avec les documents à disposition des familles à demander auprès de la secrétaire (livret d'accueil, Règlement de fonctionnement, les PV des CVS, les textes de loi 2002-2 et loi de 2005). <p>La mission n'a pas constaté d'affichage en lien avec le projet d'établissement. Pour mémoire, ce dernier n'est pas connu des professionnels entendus en entretien, et le document remis à la mission semble n'avoir jamais été validé.</p>

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. Le CVS		
	Un CVS existe-il ?	Oui	<p>Selon les entretiens, les familles sont très impliquées au CVS. Le règlement intérieur du CVS a été adopté par le CVS le 11 décembre 2023.</p> <p>Le directeur général de la fondation participe régulièrement aux réunions des CVS de tous les établissements. La mission a constaté sur les comptes rendus du CVS adressés par l'établissement que le Directeur général de la Fondation avait participé à 3 réunions sur 7 en 2023 et 2024.</p>
	Le CVS se réunit au moins trois fois par an ?	Oui	La mission a constaté d'après les PV du CVS adressés que le CVS se réunit régulièrement au moins trois fois par an. Trois réunions du CVS se sont tenues en 2023 et quatre en 2024.
	L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ?	Oui	<p>L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont envoyés aux membres au moins 15 jours avant la tenue de la séance. Les PV des réunions du CVS ne sont pas signés et le secrétaire de séance, qui doit rédiger le relevé de conclusions de chaque séance, n'est pas désigné dans les PV du CVS.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 4 : Le secrétaire de séance, qui doit rédiger le relevé de conclusions de chaque séance, n'est jamais désigné dans les PV du CVS. Le relevé de conclusions des séances ne sont pas signés par le président du CVS. Cette situation contrevient à l'article D311-20 du CASF⁹.</p> </div>
	La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :		Le CVS est constitué de 4 représentants des familles et de 2 représentants des salariés (dont la fonction n'est pas précisée).

⁹ Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accompagnées ou, en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Le directeur de la MAS est toujours présent et souvent accompagné par le directeur du site ou le DG de la Fondation John Bost.</p> <p>L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux sont supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.</p> <p>La mission constate que le règlement intérieur ne prévoit pas la présence des membres suivants dans la composition du CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; Le médecin coordonnateur de l'établissement ; Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. <p>Or la réglementation (article 311-5 du CASF) prévoit que la composition du CVS intègre également les représentants cités ci-dessus dans le CVS.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 5 : La mission constate que le règlement intérieur ne prévoit pas la présence des membres suivants dans la composition du CVS : un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; un représentant des bénévoles accompagnant les personnes accueillies et intervenant dans l'établissement ou le service ; le médecin coordonnateur de l'établissement ; un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. Cette situation contrevient à l'article D311-5 du CASF¹⁰</p> </div>

¹⁰ I.-Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

1° Deux représentants des personnes accompagnées ;

2° Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ;

3° Un représentant de l'organisme gestionnaire.

II.-Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :

1° Un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1 ;

2° Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;

3° Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;

4° Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services relevant du 14° du I de l'article L. 312-1 ;

5° Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; 6° Le médecin coordonnateur de l'établissement ;

7° Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Deux représentants des personnes accompagnées ; - Un représentant des professionnels employés par l'établissement ; - Un représentant de l'organisme gestionnaire. <p>Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; - Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; - Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. <p>L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux sont supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.</p> <p>La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner un avis et faire des propositions sur le fonctionnement de la structure ? (droit et liberté, organisation intérieure, vie quotidienne, activités, prestations, projet de travaux et d'équipement, prix des services, l'entretien des locaux, l'animation, les conditions de prises en charge) - Associer à la révision du PE, notamment en matière politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ? 	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>non investigué</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>La mission constate que les suppléants participent aux réunions du CVS en même temps que les titulaires. Il arrive que les représentants des salariés soient absents comme ce fut le cas lors du CVS du 18/03/2024.</p> <p>Remarque 7 : Les représentants des salariés ne sont pas systématiquement présents au CVS.</p> <p>L'ensemble des missions réglementaires du CVS sont rappelées dans son règlement intérieur. Le CVS donne des avis sur l'ensemble des domaines qui relèvent de sa compétence.</p> <p>Le CVS n'a pas été associé à l'élaboration du projet d'établissement en 2020 (portant sur la période 2021-2025) pour son volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ; Cependant la mission souhaite attirer l'attention de la direction de l'établissement</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Etre entendu lors de la procédure d'évaluation et être informer des résultats et être associer aux mesures correctrices à mettre en place ?	Oui	sur le caractère obligatoire de cette association du CVS à l'élaboration du PE depuis le 1 ^{er} janvier 2023 (application du décret n°2022-688 du 25 avril 2022) pour son prochain projet d'établissement.
	- Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ?	Oui	Un des PV (18/03/2024) du CVS évoque la procédure d'évaluation externe. La mission constate que l'établissement n'a pas transmis le rapport d'activité annuel, malgré sa demande, et bien que la production annuelle de celui-ci figure à l'article 9 du règlement intérieur du CVS. La mise en œuvre de cette disposition est toutefois d'application récente : <i>conformément à l'article 2 du décret n° 2022-688 du 25 avril 2022, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023.</i> Écart 6 : Le rapport d'activité annuel 2023 du CVS n'a pas été élaboré. Cette situation contrevient à l'article D311-20 du CASF¹¹.
	Les évènements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ?	Non	Les évènements indésirables et les plans d'actions ne sont pas soumis au CVS. La mission a constaté qu'aucun des 7 PV du CVS ne faisait référence à un bilan des EI. Écart 7 : Les évènements indésirables et les plans d'actions découlant de leurs analyses ne sont pas soumis au CVS. Cette situation contrevient à l'article R331-10 du CASF¹².
1.3. Animation et fonctionne	1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u>		Une enquête de satisfaction a été réalisée le 15 février 2023 auprès des familles des résidents sur des thèmes comme la qualité des soins, la qualité de l'hébergement et la restauration.

¹¹ Chaque année, le conseil de la vie sociale rédige un rapport d'activité que le président du conseil de la vie sociale présente à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire de l'établissement.

¹² Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article [D. 311-21](#) sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article [L. 331-8-1](#) qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
ment des instances	<p>Existe-t-il une enquête de satisfaction sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité de l'hébergement ? - La restauration ? - La qualité de l'entretien des locaux ? - La qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante ? <p>Les enquêtes de satisfactions sont-elles affichées dans la structure ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Les résultats de l'enquête de satisfaction de février 2023 ne sont pas affichés dans l'établissement. Le rapport des enquêtes de satisfaction est en revanche présenté au CVS</p> <p>La mission constate qu'il n'existe pas d'enquête de satisfaction annuelle systématique. Celle-ci n'a pas été réalisée en 2024 et n'est pas prévue en 2025.</p> <div> Remarque 8 : Les enquêtes de satisfaction annuelle ne sont pas réalisées de manière systématique dans l'établissement. Et les résultats de celles-ci ne sont pas affichées dans la structure. </div>

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	1.4.1. La direction		
	La direction est-elle impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités administratives compétentes ? Réf. : R331-8 du CASF ?		Il existe un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) alimenté par l'enquête de satisfaction, l'évaluation externe, l'évaluation interne. Actuellement le PACQ et ses actions ne font

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>pas l'objet d'un suivi. Pour mémoire, le jour de l'inspection, la direction était assurée par un directeur de transition dont la mission prenait fin quelques jours plus tard.</p> <p>Il existe un recueil des plaintes et réclamations (source : entretien) mis en place en septembre 2024. Une seule réclamation avait été déposée au jour de l'inspection depuis la mise en place du recueil.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.2. <u>Le responsable qualité</u></p> <p>Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?</p> <p>Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe une responsable qualité qui assume cette fonction pour deux sites : Ile de France (Val d'Oise et Yvelines) et Normandie. Ce périmètre comprend [REDACTED]. [REDACTED]</p> <p>Géographiquement elle est située essentiellement sur le site de Jouy le Moutier. Elle se déplace en Normandie uniquement lorsqu'une thématique doit être traitée, environ un jour par mois.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.3. <u>Les professionnels référents</u></p> <p>Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ?</p> <p>Sont-ils connus de l'ensemble des professionnels ?</p>	<p>Oui</p> <p>non investigué</p>	<p>Il existe un référent PPSA (projet personnel de soins et d'accompagnement) : ce sont les éducateurs et les aides-soignants (AS). Une psychologue est arrivée dans l'établissement en février 2025, postérieurement à l'inspection. L'assistante sociale serait responsable de l'actualisation des PPSA avec les référents des usagers, mais la mission a constaté que les PPSA ne sont pas actualisés.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.4. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u></p>		<p>Il existe un plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) mais celui-ci n'est pas actualisé (pas de suivi des actions correctives). Le directeur, au jour de l'inspection, ne suivait pas les actions correctives du PACQ.</p> <p>Le PACQ est alimenté par les enquêtes de satisfaction, l'évaluation externe, l'évaluation interne, le CPOM mais il ne prend pas en compte les actions correctives des événements indésirables selon la direction. Cependant des actions correctives liées à des EI sont prises en compte sur le PACQ adressé à la mission. Le Projet d'établissement (2021-2025) contient des actions qui ne sont pas intégrées dans le PACQ. Il n'existe pas d'échéancier pour chaque action.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Les actions du plan qualité sont-elles mentionnées dans le rapport annuel d'activité ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les actions découlant du rapport d'évaluation interne sont très nombreuses et diversifiées mais ne faisant pas l'objet d'un suivi, il n'est pas possible de savoir si elles ont été mises en œuvre.</p> <p>Selon la responsable qualité, le PACQ sera opérationnel pour juin 2025. Il est prévu un comité de pilotage du PACQ constituée du directeur et de la responsable qualité. Il devrait ensuite être étendu à d'autres professionnels. Ce comité assurera le suivi du PACQ et son actualisation. Il n'est pas prévu d'intégrer les actions correctives des EI (non graves) dans le PACQ.</p> <div> Remarque 9 : Le plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) n'est pas actualisé (pas de suivi des actions correctives). Le Projet d'établissement (2021-2025) contient des actions qui ne sont pas intégrées dans le PACQ. Les actions intégrées au PACQ n'ont pas d'échéancier. </div>
	Les actions du PACQ sont-elles suivies (non discontinu) ?	Non	Les actions du PACQ ne sont pas suivies pour l'instant. Il est prévu que ce suivi débute à partir de juin 2025.
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.5. <u>L'auto-évaluation</u></p> <p>Le gestionnaire concoure-t-il à la mise en place de procédures de contrôle interne et à l'exécution de ces contrôles ;</p> <p>Quand et sur quel support a été faite la dernière auto-évaluation de la structure ? (SYNAE, Guide d'autoévaluation de l'HAS, ...)</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Selon le directeur l'évaluation interne a été réalisée en avril 2024 et elle aurait donné lieu à des actions correctives qui alimentent le PACQ. La plateforme [REDACTED] a été utilisée pour réaliser l'auto-évaluation.</p> <p>Le rapport de cette évaluation interne, adressé à la mission, est relativement sommaire. Il est rédigé de manière extrêmement synthétique sous forme de power point. Il contient des axes d'amélioration à intégrer au PACQ. Les actions devant découler de ces axes d'amélioration ne sont pas formalisés dans le rapport malgré qu'elles soient inscrites dans le PACQ.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>L'évaluation externe</u>		
	Une évaluation externe a-t-elle été réalisée dans les 5 dernières années ?	Oui	<p>L'évaluation externe a été réalisée en juin 2024. Des « axes de progrès » ont été identifiées dans le rapport mais ils ne sont pas déclinés en actions avec un échéancier. Cependant le PACQ intègre des actions découlant des axes de progrès identifiés. Il existe des pilotes pour chaque action dans le PACQ, mais le suivi des actions n'est pas réalisé par la direction.</p> <p>Cette évaluation a été réalisée en s'appuyant sur 3 chapitres : la personne, les professionnels, et l'ESMS. Un ensemble de thématiques sont associées à ces trois chapitres et quottées de 1 à 4, et ensuite réparties entre axes forts et axes faibles. Les axes faibles sont justifiés par des commentaires dans le rapport. La déclinaison de ces axes en action n'est pas réalisée dans le rapport.</p> <p>La responsable qualité a participé aux réunions, elle a piloté les deux évaluations, interne et externe.</p>
	Le gestionnaire concoure-t-il à la réalisation des évaluations ?	Oui	La direction des services qualité et la direction des achats de la fondation John Bost ont contribué à chercher un organisme évaluateur et à négocier avec celui-ci. Cependant les équipes du siège n'ont pas participé à la réalisation des évaluations.
	Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et dans le RAA ?	Partiellement	Le contenu du rapport annuel d'activité n'a pas fait l'objet de vérification.
	L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ?	Oui	Le rapport d'évaluation externe a été déposé sur la plateforme de l'ARS IDF. Elle a été transmise dans les délais.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>		Le projet d'établissement (2021-2025) contient un sous chapitre nommé « promotion de la bientraitance et gestion de la maltraitance ». Ce chapitre explique que l'établissement applique le protocole de déclaration des situations de maltraitance mis en œuvre par la Fondation. Ce chapitre rappelle également que le personnel a l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont il est témoin dans l'exercice de ses fonctions et qu'il est alors protégé conformément à la législation en vigueur. Il existe également un chapitre sur la prévention de la maltraitance.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui est intégrée au projet d'établissement issue d'une réflexion portée par l'encadrement avec la participation du personnel et des personnes ?	Oui	<p>Selon les entretiens, il y a eu quelques formations sur la bientraitance. En consultant le plan de formation 2023 et 2024, la mission constate qu'il y eu une formation sur la bientraitance chaque année, mais le nombre de participants à la formation n'est pas précisé.</p> <p>Il existe également des réunions d'équipe avec des analyses des pratiques professionnelles relatives à la bientraitance. Lors des réunions d'analyse des pratiques professionnelles un prestataire externe intervient.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.8. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u></p> <p>L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ayant connaissance des risques et des obligations leur incombant, lesquelles sont inscrites à leur fiche de poste, à leur feuille de route, à leur DUD, etc.; - En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ; - En nommant un référent bientraitance ; - En sensibilisant, informant et formant le personnel, - En organisant l'analyse de leur pratique ; - En formalisant dans leur fiche de poste la bientraitance comme une mission pour tous les jours ; - En organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et intérimaires pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ; 	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>non investigué</p>	<p>Le directeur de transition, au jour de l'inspection, ne dispose pas de DUD ni de fiche de poste. La mission n'a reçu aucun DUD, ni celui du directeur de transition, ni celui de la directrice [REDACTED]. La formalisation d'une fiche de poste serait prévue prochainement.</p> <p>Le CODIR se réunit une fois par semaine. La thématique de la bientraitance y est évoquée. Il n'existe pas actuellement de référent bientraitance.</p> <p>Selon les entretiens, les réunions d'analyse des pratiques professionnelles sont davantage des réunions de groupe de parole plutôt que d'analyse de pratique, au regard du climat de l'établissement (Cf courrier de plainte signé par 29 salariés sur les conditions de travail [REDACTED]).</p> <p>Absence de fiche de poste pour les professionnels.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PAI. <p>Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; - Par la sensibilisation et la formation ; - Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ; - Par des actions de prévention de l'usure professionnelle 	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>non investigué</p>	<p>La majorité des PPSA datent de plusieurs années et n'ont pas été actualisés. La collaboration avec les parents existe. La pluridisciplinarité va être développée pour l'élaboration des PPSA.</p> <p>Pour les équipes, comme vu au-dessus, il y a des analyses de pratiques, et pour les cadres, il y a du co-développement tous les mois et demi avec d'autres cadres de la fondation.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.9. <u>La bientraitance en pratique</u></p> <p>Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels <p>Réf : L119-1 CASF (Définition maltraitance)</p> <p>L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager)</p> <p>Circulaire lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014</p> <p>Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007</p> <p>Les bonnes pratiques sont-elles connues et promues telles que :</p> <p>Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS- mars 2022</p> <p>Affichage du numéro d'appel national 3977 « Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap » et ALMA? Est-il mentionné dans le livret d'accueil de l'EAM ?</p>	<p>Oui</p> <p>non investigué</p>	<p>Il existe une procédure de suspicion de la maltraitance. La responsable qualité a formé les deux directeurs adjoints pour appliquer cette procédure. La procédure relative à la maltraitance est très détaillée et prend en compte deux situations : une situation de maltraitance commise par une personne de l'entourage du résident et une situation de maltraitance provenant d'un professionnel de la structure.</p> <p>La fondation compte mettre en place une formation sur la bientraitance en e-learning.</p> <p>Allo maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.10. <u>Les comportements « défis » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels</u></p>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La réponse aux comportements défis est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?	Non	Les comportements défis ne sont pas évoqués dans le projet d'établissement. Il existe un protocole pour chaque résident qui identifie les difficultés de ceux-ci. Ce protocole permet de traiter les situations de crise induites par les comportements défis. Durant les temps de réunion ces comportements sont également évoqués.
	Pour prévenir la survenue de comportements défis, les besoins des personnes sont-ils identifiés ainsi que les facteurs de risque et les facteurs de protection (moyens de communication ; prise en compte de l'environnement) ?	Oui	<p>Les problèmes des résidents sont identifiés par le médecin et le personnel sur la durée et ensuite le protocole est formalisé.</p> <p>L'ancienne psychologue a mis en place des outils pour identifier ces comportements dont une grille d'évaluation des facteurs de risques comportementaux. Elle a travaillé également sur les moyens de communication avec les résidents. Une action sur ce thème était prévue dans le PACQ mais elle n'a pas encore été mise en œuvre.</p> <p>Selon les entretiens, l'absence de réel travail sur les moyens de communication peut être à l'origine de certains comportements défis.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 8 : En ne proposant pas de moyens de communication adaptés pour chacun des résidents, l'établissement ne développe pas toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, et contrevient à l'article D 344-5-3 du CASF.</p> </div>
	Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements défis » par :	Oui	Les professionnels sont soutenus dans la gestion des « comportements défis » par les protocoles de gestion de crise individualisés des résidents, par les formations spécifiques relatives à l'autisme. Une personne avait été recrutée sur les comportements défis pendant une période (agent d'une société extérieure pour sécuriser les équipes). Des ressources internes à la fondation (appui à l'analyse des comportements défis) sont disponibles à la demande des équipes.
	- Des procédures de gestion des comportements problème ;		
	- Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;	Oui	Le groupe d'analyse des pratiques professionnelles permet d'analyser les comportements défis et de les traiter.
	- Par la sensibilisation et la formation ;	Oui	
	- Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs ;	Oui	
	Le PAI des usagers présentant un « comportement problème » est-il régulièrement actualisé ? (Bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.)	Non	Le PPSA des usagers présentant un « comportement défis » n'est pas actuellement régulièrement actualisé. Les PPSA devraient être actualisés dans l'avenir.
	Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ?	Partiellement	Il existe une salle d'apaisement en cas de crise mais il n'existe pas de procédure formalisée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.11. La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)</p> <p>Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ARS ; Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESSMS - Le magistrat concerné ; <p>Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ?</p> <p>En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ?</p> <p>Comment sont abordées les situations de violences, de violences sexuelles ou harcèlements sexuels entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels <p>Réf : Art. 40 du code de procédure pénale (<i>obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit</i>) Art. 434-3 du code pénal (<i>sanction si non signalement de faits de maltraitance</i>) L 331-8-1 CASF Art. 226-14 du code pénal</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe une procédure de déclaration en cas de maltraitance. Elle est diffusée au personnel par l'intranet. Les responsables d'équipe font aussi un rappel de cette procédure en réunion de service. Cette procédure est très détaillée et précise aussi à quel moment il faut informer l'ARS et le procureur de la république. Il existe également une procédure spécifique pour les EIG intitulée : « Procédure de déclaration d'un événement indésirable grave (EIG) aux autorités de tarification et de contrôle ».</p> <p>Les professionnels sont informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance par la procédure de déclaration d'un acte de maltraitance qui précise que le salarié est protégé (rappel de l'article L313-24 du CASF).</p> <p>Les représentants légaux sont informés. Les EIG déclarés aux autorités de tutelle traduisent cette volonté de l'établissement et le devoir d'informer le représentant légal est prévu dans la procédure de déclaration d'un acte de maltraitance.</p> <p>Dans le cadre d'une situation de violence :</p> <ul style="list-style-type: none"> -- Entre deux résidents : Le personnel est vigilant envers les deux résidents. Ils installent une alarme quand l'un des résidents sort de sa chambre. Une réunion clinique est organisée avec la psychologue, la cadre de santé, l'IDE, l'éducateur et le médecin. -- Une personne accueillie et un membre du personnel : il y a une FEI de la part du personnel, et la procédure relative à la maltraitance est utilisée. -- Une personne accueillie et une personne extérieure à la structure : pas de procédure spécifique -- Deux professionnels : il existe un référent harcèlement au CSE. La direction reçoit les deux professionnels.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>La direction</u>		
	La direction est-elle impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités administratives compétentes ? Réf. : R331-8 du CASF		La direction n'est pas actuellement impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctives engagées.
	1.5.2. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>		
	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ?	Oui	Pour les plaintes et réclamations une fiche de doléances est à compléter. Ensuite l'information est saisie dans un registre au format [REDACTED]™. Ce registre a été mis en place récemment, en septembre 2024. Une seule réclamation avait été traitée au jour de l'inspection. Il n'y a pas de registre pour les enquêtes de satisfaction.
	Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :		
	- D'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ;	Oui	Toutes les déclarations doivent faire l'objet d'une réponse systématique au déclarant. Le directeur a traité la première plainte déposée.
	- De la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	Non	Il est prévu d'effectuer un bilan des réclamations et des signalements pour l'année 2025.
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.3. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u>		
	Les procédures de déclaration en interne d'évènement indésirables sont-elles connues des professionnels ?	Oui	À la suite des entretiens la mission constate que la procédure de déclaration des événements indésirables est connue de la part de nombreux professionnels. Il existe une charte de déclaration des EI qui explique ce qu'est un EI et les enjeux d'une déclaration. Et la procédure de déclaration des EI explique comment déclarer l'EI (à travers l'application [REDACTED]).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?	Non	Il n'existe pas de formation pour le personnel sur la classification des EI. La responsable qualité définit les EI lors des CREX EI (comité de retour d'expérience à la suite des EI).
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u> Une procédure de suivi et d'analyse des EI : - Est-elle formalisée ?	Oui	Il existe une procédure formalisée d'analyse et de suivi des événements indésirables.
	- Permet-elle le remplissage du volet 2 de la déclaration des EI à l'ARS ?	Oui	Cette procédure permet le remplissage du volet 2 de la déclaration à l'ARS. La responsable qualité analyse les EI et conseille le directeur de l'établissement afin qu'une déclaration soit effectuée ou pas auprès de l'ARS si elle relève d'un EIG.
	- Les mesures correctrices sont-elles incluses dans le PACQ ?	Partiellement	Les mesures correctives des EIG sont incluses dans le PACQ, pas celles des EI ordinaires. La mission constate pourtant que de nombreuses actions correctives liées aux EI ordinaires sont présentes dans le PACQ.
	- Un retour est-il fait aux déclarant ?	Oui	Un retour est effectué auprès du déclarant.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.5. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>		Il y a eu plusieurs EIG en 2023 et 2024 déclarées à ARS Ile de France. Actuellement la responsable qualité recueille les EI et les transmet (en fonction de la nature de l'EI : soins, éducatif, ou autre) aux directeurs (éducatif, de soins et/ou de l'établissement) qui les analysent avec leurs équipes et les professionnels impliqués. Ensuite ils vont formaliser une action corrective sur l'application [REDACTED]. Ils évoquent les EI lors des réunions cliniques (plusieurs sujets transversaux y sont évoqués). La responsable qualité veut mettre en place un COPIL qualité qui se réunira 2 ou 3 fois par an (suivi du PACQ, des EI-EIG, démarche qualité), avec le CREX EIG en complément. Le CREX EIG (comité de retour d'expérience des EIG) est utilisé pour analyser les EIG et est distinct du COPIL qualité. Les professionnels présents lors du CREX EIG sont le directeur, la responsable qualité, les professionnels impliqués.
	Les EIG sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS)	Oui	

2.1. Gestion des ressources humaines

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n° SIICEA 2025 IDF 00333

Sous-thème
IGAS

Points de contrôle

Conformité

Répartition des effectifs selon le PE

POSTE BUDGETE	ETP BUDGET
MEDECIN	
PSYCHIATRE	
PSYCHOLOGUE HEB	
PSYCHOMOTRICIEN HEB	
AIDE SOIGNANT HEB	
INFIRMIERE	
AMP HEB	
EDUCATEUR SPORTIF HEB	
ANIMATEUR SOCIO-CULTUREL	
EDUCATEUR SPECIALISE HEB	
MONITEUR EDUCATEUR HEB	
MAITRESSE DE MAISON HEB	
AGENT TECHNIQUE	
COORDINATEUR TRAVAUX	
ASSISTANTE SOCIALE	
DIRECTEUR ADJOINT	
DIRECTEUR	
ASSISTANTE DE DIRECTION	
REMPLACEMENT CONGES	
ETP TOTAL HEBERGEMENT	
MEDECIN AJ	
PSYCHIATRE AJ	
PSYCHOLOGUE AJ	
PSYCHOMOTRICIEN AJ	
AIDE SOIGNANT AJ	
INFIRMIERE AJ	
AMP AJ	
EDUCATEUR SPECIALISE AJ	
MONITEUR EDUCATEUR AJ	
MAITRESSE DE MAISON AJ	
ASSISTANTE SOCIALE AJ	
DIRECTEUR ADJOINT	
DIRECTEUR	
REMPLACEMENT CONGES AJ	
ETP TOTAL MAS HORS LES MURS	

Répartition selon la liste du personnel en CDI transmise par l'établissement en personnes physiques

Absence de psychologue et de psychomotricienne.

Les aides-soignants figurent au nombre [REDACTED] personnes (versus [REDACTED] ETP budgété), les AES et AMP sont au nombre de [REDACTED] personnes (versus [REDACTED] ETP), les éducateurs spécialisés au nombre de [REDACTED] ([REDACTED] ETP budgété) et les moniteurs éducateurs au nombre de [REDACTED] (versus [REDACTED] ETP budgétés).

Les maitresses de maison sont au nombre de [REDACTED]

[REDACTED] IDE sont présentes (versus [REDACTED] ETP budgétés), mais un seul poste d'IDE a été déclaré vacant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Il apparaît ainsi, sur l'unité d'hébergement, une différence entre le nombre d'ETP budgétés et celui réalisé d'au moins ■ ETP sur les seules fonctions d'AS, AES/AMP, IDE, éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs. La différence est peut-être supérieure en l'absence d'information sur les temps partiels. En l'absence de psychologue et psychomotricienne, le différentiel en ETP est d'au moins ■ ETP, rapporté à l'effectif budgété hébergement de ■ ETP, cela représente ■ des effectifs non pourvus sachant qu'il s'agit d'une évaluation approximative.</p> <p>Les données issues du rapport d'activité à l'ERRD 2022 démontrent une dynamique déjà comparable avec ■ % des effectifs non pourvus sur la MAS hébergement : Cf doc n°2 page suivante.</p> <p>A cette équipe salariée, s'ajoute un ergothérapeute libéral ■ 1 fois par semaine. La convention a été conclue le ■ pour une durée de 1 an, renouvelable par tacite reconduction. Selon entretien, un kinésithérapeute libéral intervient aussi, mais aucune convention n'a été transmise.</p> <p>Il convient de noter que les contrats de travail du médecin généraliste et du médecin psychiatre salariés en contrat à durée indéterminée précisent la quotité de travail sur l'ensemble des établissements du site la Clé pour l'autisme de Jouy le Moutier : ■ par semaine pour le médecin généraliste et ■ pour le médecin psychiatre. La répartition entre les établissements n'est pas précisée.</p>

Document 2. Tableau des effectifs à l'ERRD 2022

Libelle poste	BUDGET	ETP Poste	ETP 31/12
MEDECIN GENERALISTE			
MEDECIN PSYCHIATRE			
PSYCHOLOGUE			
PSYCHOMOTRICIEN(NE)			
AIDE SOIGNANT			
AIDE SOIGNANT NUIT			
INFIRMIER			
INFIRMIER NUIT			
Aide médico-psychologique			
Aide médico-psychologique NUIT			
EDUCATEUR SPORTIF			
ANIMATEUR SOCIO-EDUCATIF			
EDUCATEUR SPECIALISE			
MONITEUR EDUCATEUR			
AGENT DE SERVICE			
MAITRESSE DE MAISON			
AGENT TECHNIQUE SUPERIEUR			
SECRETAIRE TRAVAUX			
ASSISTANTE SOCIALE			
DIRECTEUR ADJOINT EDUCATIF			
DIRECTEUR ADJOINT SOIN			
DIRECTEUR			
SECRETAIRE DE DIRECTION			
REMPLOI CONGES			
SURCROIT			
INTERIM			
ETP MAS HEBERGEMENT			
MEDECIN HLM			
PSYCHIATRE HLM			
PSYCHOLOGUE HLM			
PSYCHOMOTRICIEN HLM			
AIDE SOIGNANT HLM			
AMP HLM			
EDUCATEUR SPECIALISE HLM			
MONITEUR EDUCATEUR HLM			
MAITRESSE DE MAISON HLM			
ASSISTANTE SOCIALE HLM			
DIRECTEUR ADJOINT HLM			
DIRECTEUR			
REMPLACEMENT CONGES HLM			
ETP TOTAL MAS HORS LES MURS			
TOTAL ETP MAS 2022			

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comportent au moins :</p> <p><u>Article D344-5-13</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un médecin généraliste ; - Educateur spécialisé ; - Moniteur éducateur ; - Assistant de service social - Psychologue - Infirmier - Aide-soignant - Aide médico-psychologique - Auxiliaire de vie sociale 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les postes d'éducateurs spécialisés et de moniteurs éducateurs sont pour l'instant inclus dans l'encadrement des unités, et ces professionnels ne sont pas dédiés à des missions éducatives.</p> <p>Le poste de psychologue est vacant et doit être prochainement pourvu. Il est notamment attendu un travail sur les outils de communication et un appui à l'élaboration des projets d'accompagnement individualisés. La mission note qu'il est prévu aux effectifs (y compris EPRD 2024) [REDACTED] de psychologue sur la MAS hébergement, or, un seul poste [REDACTED] ETP) est déclaré vacant.</p> <p>Écart 9 : En l'absence de psychologue, la composition de l'équipe pluridisciplinaire est incomplète, ce qui contrevient à l'article D 344-5-13 du CASF.</p>
	<p>Selon les besoins des personnes mentionnées à l'article <u>D. 344-5-1</u>, des membres des professions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre ; - Autres médecins qualifiés spécialistes ; - Kinésithérapeute ; - Psychomotricien ; - Ergothérapeute ; - Orthophoniste ; - Orthoptiste ; - Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées ; - Diététicien ; - Professeur d'éducation physique et sportive ou éducateur sportif ; - animateur. 	<p>Choisir</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>non investigué</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Depuis l'inspection, le psychiatre a quitté l'établissement.</p> <p>Selon entretiens et planification des soins, un kinésithérapeute intervient une fois par [REDACTED].</p> <p>Le poste est prévu, il est vacant au moment de l'inspection.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Recours à des intervenants extérieurs par convention ? <u>Article D344-5-14, 1°) CASF</u>	Oui	L'établissement fait appel à un ergothérapeute libéral avec lequel il a signé une convention hebdomadaires en moyenne.
	Taux d'encadrement		Le taux moyen d'encadrement pour 100 places en MAS s'élève à 122, soit un ratio d'encadrement de 1,22 par place. La MAS Simone Veil comprend 39 places en hébergement permanent et 10 places en accueil de jour, lesquelles ne comprennent pas le personnel d'encadrement en soirée et la nuit, ni le WE. 39 places *1,22= 47,58 ETP 49 places *1,22= 59,78 ETP donc la cible à [REDACTED] ETP pour les 39 places d'hébergement et la cible à [REDACTED] ETP pour la totalité de la MAS se situent au-dessus du taux moyen d'encadrement. Toutefois le poids des postes vacants, et ce depuis a minima plusieurs années (autour de [REDACTED] des effectifs) pèse sur les taux d'encadrement. En 2022, l'effectif réalisé est de [REDACTED] ETP sur la MAS hébergement et près [REDACTED] ETP pour la totalité de la MAS. [REDACTED]. Les rapports d'activité de la direction expliquent la situation en raison des comportements dévifs des résidents : plusieurs événements indésirables graves par hétéro-agressivité ont entraîné plusieurs arrêts de travail. Il convient de noter que la liste des salariés de la MAS en CDI remise à la mission le jour de l'inspection comprend de nombreuses erreurs, portant sur la qualification de certains professionnels et l'omission de plusieurs salariés en CDI (identifiés avec les bulletins de salaires). La visibilité sur la réalité du taux d'encadrement reste approximative.
	Effectif et équivalent temps plein (ETP) du personnel, et taux d'encadrement pour 100 places, selon le type de structure. Champ > Structures pour adultes handicapés, France. Sources > DREES, Enquête ES-Handicap 2022.		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les personnels sont-ils qualifiés ? Réf. : Art L. 312-1 CASF (II)</p> <p>2.1.3. Les postes vacants sur la structure</p>		<p>Remarque 10 : L'établissement est en mesure de justifier de la qualification de la majorité de son personnel, à l'exception de ■ AS dont ■ de nuit, un AES et un moniteur éducateur.</p>
	<p>Y a-t-il des postes vacants sur la structure ? Quels sont les profils et l'effectif des postes vacants au jour de l'inspection ?</p>	Choisir	<p>Aucun document n'a été remis à la mission pour quantifier exactement les postes vacants. Selon les entretiens, ■ et qu'en lieu et place une procédure d'aide à la prise des médicaments a été formalisée. Historiquement, ■</p> <p>une fracture inexpliquée et une suspicion de maltraitance sur une résidente (bleus sur le visage et le corps).</p> <p>Sur les aspects éducatifs, ■</p> <p>■</p> <p>Les indications données en entretien sont proches des informations issues du compte-rendu du CVS du 11 décembre 2023 où il était fait mention de ■</p> <p>■</p> <p>Selon les tableaux de bord de la performance ANAP, le taux d'ETP vacant s'élève à ■ en 2022 et à ■ en 2023.</p> <p>Remarque 11 : Plusieurs postes sont durablement vacants sur les fonctions soins et socio-éducatives, ce qui est susceptible de compromettre la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.</p>
	<p>Comment sont compensés les postes vacants ?</p>		<p>Le nombre de CDD de remplacement s'est élevé à ■ en 2022 et ■ en 2023 selon les tableaux de bord de la performance ANAP. Selon les bulletins de salaire transmis, les postes en CDD sont conclus pour des périodes très courtes (1 jour à 1 semaine).</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.4. Le taux d'absentéisme des professionnels</p> <p>Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ?</p>	Partiellement	<p>Un suivi du taux d'absentéisme est assuré mensuellement au sein de la fondation. Les données mensuelles sur 2023 et 2024 font état pour la MAS Simone Veil de la situation suivante :</p> <p>En 2023, le taux d'absence, toutes causes confondues, a connu son niveau le plus bas en juin 2023 avec ■ et son taux le plus élevé en avril avec ■ S'agissant du taux d'absence pour maladie, il a varié entre ■ (en juin) et ■ (en mars).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires																																
			<p>Les données 2024 sont stables pour le taux d'absence pour maladie avec des valeurs comprises entre les deux extrêmes de [REDACTED] (en mai) et [REDACTED] (en novembre), et un taux d'absentéisme global, toutes causes confondues, en baisse par rapport à 2023 allant de [REDACTED]</p> <p>Les données déclarées sur le tableau de bord de la performance font état d'un taux d'absentéisme hors formation s'élevant respectivement à [REDACTED] en 2022 et [REDACTED]% en 2023 et se déclinant ainsi :</p> <table><tr><th colspan="2">Absentéisme hors formation 2022- tableau de bord Performance</th><th colspan="2">Absentéisme hors formation 2023- tableau de bord de la performance</th></tr><tr><th>Type</th><th>Taux</th><th>Type</th><th>Taux</th></tr><tr><td>Pour maladie ordinaire / de courte durée</td><td>[REDACTED]</td><td>Pour maladie ordinaire / de courte durée</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Pour maladie de moyenne durée</td><td>[REDACTED]</td><td>Pour maladie de moyenne durée</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Pour maladie de longue durée</td><td>[REDACTED]</td><td>Pour maladie de longue durée</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Pour accident du travail / maladie professionnelle</td><td>[REDACTED]</td><td>Pour accident du travail / maladie professionnelle</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Pour maternité / paternité</td><td>[REDACTED]</td><td>Pour maternité / paternité</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)</td><td>[REDACTED]</td><td>Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)</td><td>[REDACTED]</td></tr></table> <p>Le taux d'absentéisme qui était particulièrement élevé en 2022 au sein de la MAS et [REDACTED] s'améliore en 2023 puis en 2024. Le taux d'absentéisme pour maladie de moyenne durée et pour accidents du travail baisse sensiblement entre 2023 et 2024. Ces chiffres semblent traduire de meilleures conditions de travail des professionnels.</p>	Absentéisme hors formation 2022- tableau de bord Performance		Absentéisme hors formation 2023- tableau de bord de la performance		Type	Taux	Type	Taux	Pour maladie ordinaire / de courte durée	[REDACTED]	Pour maladie ordinaire / de courte durée	[REDACTED]	Pour maladie de moyenne durée	[REDACTED]	Pour maladie de moyenne durée	[REDACTED]	Pour maladie de longue durée	[REDACTED]	Pour maladie de longue durée	[REDACTED]	Pour accident du travail / maladie professionnelle	[REDACTED]	Pour accident du travail / maladie professionnelle	[REDACTED]	Pour maternité / paternité	[REDACTED]	Pour maternité / paternité	[REDACTED]	Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)	[REDACTED]	Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)	[REDACTED]
Absentéisme hors formation 2022- tableau de bord Performance		Absentéisme hors formation 2023- tableau de bord de la performance																																	
Type	Taux	Type	Taux																																
Pour maladie ordinaire / de courte durée	[REDACTED]	Pour maladie ordinaire / de courte durée	[REDACTED]																																
Pour maladie de moyenne durée	[REDACTED]	Pour maladie de moyenne durée	[REDACTED]																																
Pour maladie de longue durée	[REDACTED]	Pour maladie de longue durée	[REDACTED]																																
Pour accident du travail / maladie professionnelle	[REDACTED]	Pour accident du travail / maladie professionnelle	[REDACTED]																																
Pour maternité / paternité	[REDACTED]	Pour maternité / paternité	[REDACTED]																																
Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)	[REDACTED]	Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)	[REDACTED]																																
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>Le taux de rotation des professionnels</u>		Les taux de rotation du personnel selon les données du tableau de bord de la performance s'établissent ainsi pour 2022 et 2023 :																																

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires						
	<p>Le taux de rotation des professionnels excède-t-il le taux médian régional ?</p>	Choisir	<table><tr><th>Année</th><th>Taux de rotation du personnel sur effectifs réels</th></tr><tr><td>2022</td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td></td></tr></table> <p>Le taux de rotation du personnel augmente entre 2022 et 2023 et est à un niveau</p> <p>L'établissement a transmis ses taux de rotation entre janvier 2023 et décembre 2024, et ce taux oscille entre (niveau le plus bas en octobre 2023) à (niveau le plus haut en juin 2024).</p> <p>Les départs sont plus nombreux que les arrivées sur les derniers mois : en décembre 2023,</p> <p>Écart 10 : Le taux de rotation élevé au sein de la MAS fragilise la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des usagers ainsi que les conditions de travail des professionnels (dans un contexte où plusieurs vacances de poste sont à déplorer), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (3°) du CASF.</p>	Année	Taux de rotation du personnel sur effectifs réels	2022		2023	
Année	Taux de rotation du personnel sur effectifs réels								
2022									
2023									
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>		Non investigué. La mission a demandé la transmission des diplômes des personnels figurant à l'effectif et au planning soins et éducatifs. Cf point 2.1.2 du rapport.						
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Les intervenants/prestataires externes</u> Quels sont les professionnels externes intervenant dans la structure ? <u>Article D344-5-15</u>		<p>Selon les entretiens, un ergothérapeute libéral et un masseur kinésithérapeute libéral interviennent.</p> <p>Une podologue intervient pour les résidents diabétiques qui nécessitent des soins réguliers.</p> <p>La convention d'exercice libéral a été transmise pour l'ergothérapeute, mais pas pour le kinésithérapeute.</p> <p>Remarque 12 : L'absence de convention d'exercice avec les intervenants extérieurs ne permet pas de garantir l'adaptation des modalités d'intervention du professionnel libéral afin de garantir la qualité des prestations, ce qui contrevient à l'article D344-5-15 du CASF.</p>						

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.8. Le plan de formation des professionnels</p> <p>Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ?</p> <p><i>Article D344-5-10, 2°) Formation continue et soutien permanent des professionnels</i></p> <p><i>Article D344-5-16 Partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques.</i></p> <p>Y-a-t-il des formations en internes au sein de la structure ?</p> <p>Y-a-t-il des professionnels en VAE actuellement ?</p> <p>Les professionnels ont-ils accès aux formations relatives:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux gestes d'urgence (AFGSU), - A la sécurité incendie, - Aux situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU SSE), - A la sécurité et santé mentale du travailleur (issu notamment du DUERP), 	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Les plans de formation 2023 et 2024 ont été transmis à la mission sous format [REDACTED]. Il s'agit manifestement d'extraction de [REDACTED] qui concerne plusieurs établissements de la fondation. Certaines lignes de formation concernaient exclusivement des professionnels des IME et SESSAD ou foyer d'hébergement et CITVS. Les dates de réalisation des formations étaient le plus souvent absentes, et s'agissant de formations collectives à destination de professionnels de plusieurs établissements, il n'est pas possible de savoir exactement quels professionnels de la MAS ont été formés, ni sur quels sujets. Ces tableaux ne permettent pas d'assurer un bilan des formations et semblent axés sur les financements.</p> <p>Un power-point synthétisant les formations réalisées en 2023 et 2024 sur la MAS a été joint. Le nombre de professionnels formés n'est pas précisé. Les attestations de formation individuelles ont été transmises pour l'année 2024. L'ensemble des documents permet de constater qu'une politique active de formation des professionnels est menée avec de nombreuses formations dispensées sur site. Quelques professionnels bénéficient de formations diplômantes pour devenir éducateurs spécialisés ou moniteur éducateur [REDACTED], quelques professionnels ont également bénéficié de formations individuelles (maitresses de maison, IDE, psychomotricienne).</p> <p>Les formations obligatoires aux gestes d'urgence (initial et recyclage) et à la sécurité incendie sont organisées. Des attestations aux formations Snoezelen, BAO PAO ont été transmises ainsi que des attestations de formations de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire, à la vie affective et sexuelle, aux bases de l'autisme, à la gestion des comportements-problème, à la communication (PECS), à la bientraitance et à la maîtrise des écrits professionnels et transmissions ciblées.</p> <p>Le plan de formation n'indique pas de mini-formations dispensées par des membres de l'équipe. La plupart des formations collectives sont dispensées sur le site.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance, - Aux troubles du comportement et/ou sensoriels, - Aux « comportements défis », - Aux communication alternatives (Makaton, PECS, ...). 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Plusieurs attestations de formation à la communication alternative (PECS 1) ont été fournies pour des formations réalisées en 2024.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.9. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u></p> <p>Existe-t-il une procédure d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Encadrement et intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service.</p> <p><i>Article D344-5-14 al 2 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</i></p> <p>Les nouveaux arrivants disposent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un identifiant/mot de passe individuel, - D'une fiche de tâches hebdomadaires ? - D'un plan de soins (récapitulatif des soins par usager/par unité) ? 	<p>Partiellement</p> <p>Choisir</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>La procédure d'accueil des nouveaux salariés remise à la mission est une procédure d'ordre strictement administratif d'un point de vue gestion des ressources humaines et qui permettent de constituer le dossier administratif. Des documents d'information sur la fondation John Bost sont remis tels que les statuts, le plan stratégique de la fondation, le projet institutionnel, le règlement intérieur pour les salariés. Les documents sont accessibles via un intranet.</p> <p>Les entretiens ont confirmé la remise des documents associatifs et précisé qu'une doublure était assurée pour le personnel de nuit pendant 2 ou 3 nuits avant affectation, pour les professionnels en poste, il y aurait un système de tutorat. Comme vu plus haut, une politique active de formations des professionnels est engagée avec plusieurs sessions proposées sur la connaissance du public autiste accueilli.</p> <p>Des cahiers de transmission par unité sont mis en place pour les vacataires. Selon les entretiens, tous les vacataires ont désormais des codes d'accès au logiciel et peuvent écrire sur le logiciel. Cependant, la mission a constaté la persistance de l'utilisation des cahiers papier.</p> <p>La mission a pris connaissance d'un plan de soins à destination des IDE.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.10. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u></p> <p>Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions d'équipe/service/secteur ; 	<p>Oui</p>	<p>Temps de réunions cliniques pluridisciplinaires le mardi : gestion médicale, analyse du comportement</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions Direction/professionnels, - Réunion de direction (direction/chef de service) 	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Temps de réunion éducative le mardi matin avec les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs autour des activités</p> <p>Réunion paramédicale le vendredi matin (dès 9h30 IDE et chef de service puis élargi paramédicaux et psychomotricien puis temps médecins).</p> <p>Les réunions d'équipes sont hebdomadaires et des réunions institutionnelles (direction / professionnels) sont organisées en fonction des besoins. Une réunion sur la réorganisation des plannings est prévue sachant qu'il s'agit d'un travail engagé depuis longtemps et qui n'aboutit pas.</p> <p>La précédente direction réunissait les directeurs adjoints, les médecins et le psychologue. Le directeur de transition préfère des réunions avec les directeurs adjoints. Les directeurs adjoints sont parfois invités aux réunions de direction du site.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.11. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u></p> <p>L'organisation générale (trame) des plannings est-elle formalisée dans un document ?</p>	Non	<p>Les plannings dont la réalisation est répartie entre les directeurs adjoints, suivent tous la même trame. En ligne, figurent les noms des titulaires en premier, puis sur les lignes suivantes les CDD et les stagiaires. L'horaire de chacun est précisé (pas de code). Le nombre de résidents présents, parfois distingués matin et soir est indiqué jour par jour. Les commentaires sont prévus en dessous pour préciser les événements de type formation ou rdv médicaux, etc.</p> <p>Il y a des horaires en 12h mais aussi en 3h30, 4h ou 7h et 7h30 et 8h selon les plannings remis à la mission.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.12. <u>Les plannings des professionnels</u></p> <p>Les professionnels disposent-ils de leur planning au moins 1 mois à l'avance ?</p>	Oui	<p>Les plannings sont connus à l'avance et la mission a constaté l'affichage des plannings par quinzaine dans le bureau des encadrants. Les plannings sont constitués par unité de vie et sont datés. Ils mentionnent explicitement les horaires de chaque professionnel. En revanche, les fonctions des professionnels ne sont pas précisées.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.13. <u>Analyse des plannings</u></p>		<p>Les niveaux d'encadrement au sein de chaque unité varient selon les jours de la semaine en fonction des sorties organisées et des éventuels rdv médicaux extérieurs.</p> <p>L'analyse des plannings IDE démontre qu'une présence infirmière est assurée quotidiennement. [REDACTED]</p> <p>L'effectif d'encadrement sur chaque unité est différent car le nombre d'usagers diffère selon les unités. Il apparaît un taux d'encadrement moyen de l'ordre d'un professionnel pour 2 usagers, et ce quelle que soit l'unité.</p> <p>[REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Globalement, les plannings, réalisés et prévisionnels, sont-ils cohérents avec l'organisation générale de la structure ?	Oui	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 13 : L'absence, certains jours, de professionnels titulaires sur les unités de vie est susceptible de porter préjudice à la continuité et à la qualité de la prise en charge des résidents.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.14. Les fiches de poste des professionnels</p> <p>Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées et signées ?</p> <p>Existe-t-il des fiches de poste ou fiche métier pour les personnels ?</p> <p>Sont-elles adaptées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... ? 	Non	<p>Les fiches de poste n'existent pas. La rédaction des fiches de poste avait été pointée comme une action pour améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel en redéfinissant le rôle et les missions de chacun lors du CSE de janvier 2023.</p> <p>Remarque 14 : En l'absence de fiches de poste, les professionnels sont amenés à réaliser les mêmes tâches alors qu'ils ont des qualifications différentes, contexte qui entraîne un décalage entre les tâches réalisées et les compétences.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Réf. : Recommandation ANESM "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance" - Décembre 2008 (§ II.1.1., pp. 22 et suiv.)</p> <p>Les fiches de poste comportent-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description des fonctions, - Lien hiérarchique, - Horaires de travail, - Prévention et gestion des risques en lien avec le poste. 	<p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p>	
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.15. <u>Les glissements de tâches</u></p> <p>Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?</p>	<p>Choisir</p>	<p>Du fait de l'absence de distinction entre AS, AES, AMP et personnel éducatif (ES, ME), les professionnels sont de fait tous dans de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne des résidents, ce qui ne permet pas de faire émerger de vrais projets éducatifs, ni de travailler sur les projets personnalisés d'accompagnement.</p> <div> <p>Remarque 15 : Le travail autour des projets éducatifs est obéré par l'absence de distinction entre les soignants et les éducatifs qui sont de fait tous dans l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne des résidents.</p> </div>

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.1. <u>Protection des données à caractère nominatif</u></p> <p>Le système d'information est-il conçu de manière à assurer le respect de la protection des données à caractère nominatif ?</p>		<p>L'accès aux systèmes d'information est régi par des habilitations à plusieurs niveaux selon la fonction des agents qui permet à ceux-ci d'accéder aux systèmes d'information utilisés. Un logiciel métier est utilisé pour les dossiers soins.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u> Un registre unique du personnel est-il tenu à jour	Non	<p>Il existe un registre unique du personnel. Cependant celui-ci est situé à Bordeaux pour le site de la clé de l'autisme. Les contrats de travail et la paie sont gérés à Bordeaux. Cependant le code du travail prévoit qu'il y ait un RUP par établissement et qu'en cas de contrôle le registre du personnel puisse être présenté.</p> <p>Remarque 16 : Le registre unique du personnel est situé à Bordeaux et non dans l'établissement comme le prévoit le code du travail¹³.</p>
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u> Le registre des entrées et sorties existe-il ? Le registre des entrées et sortie est-il signé par le maire ?	Oui Non	L'assistante sociale actualise le registre des entrées et des sorties. Le registre des entrées et sorties n'est pas paraphé par le maire.
2.3. Gestion d'information	2.2.4. <u>Le registre des présences quotidiennes</u> Un registre des présence est-il tenu à jour quotidiennement ?	Oui	Il existe un registre des présences quotidiennes géré par la secrétaire : présences et absences des résidents (hospitalisation, WE, etc. ...).
2.3. Gestion d'information	2.2.5. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u>		Les dossiers des résidents sont partiellement tenus à jour. Sur 5 dossiers consultés : --Tous les dossiers contiennent une notification MDPH --Un dossier sur cinq ne contient pas de projet d'accompagnement personnalisé. Quant aux quatre autres dossiers les PPSA ne sont pas actualisés, les plus récents datent de 2019 et 2017. --Deux dossiers ne contiennent pas de contrat de séjour

¹³ Article L1221-13 Un registre unique du personnel est tenu dans tout établissement où sont employés des salariés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Un dossier est-il tenu à jour pour chaque usager ?	Partiellement	Cf écarts n°13 et 16
2.3. Gestion d'information	2.2.6. <u>La complétude des dossiers médicaux</u>		Il existe deux modalités de stockage des données nominatives à caractère médical constituant les dossiers médicaux : <ul style="list-style-type: none"> – Des classeurs au format papier regroupés dans une armoire du bureau médical, – Des dossiers informatiques consultables à partir [REDACTED]™ et avec accès différent en fonction des niveaux d'habilitation
	DLU identifié classé ou possibilité d'édition du DLU ¹⁴ ? Article D344-5-8	Oui	Les DLU sont présents et actualisés dans les pochettes de chaque résident. Les pochettes sont stockées dans la pièce de veille et accessibles la nuit pour les professionnels. Les DLU se trouvent également sur [REDACTED]™.
	Il existe un projet de soins dans un dossier médical/de soins, avec objectifs et échéances ? Existe-t-il un plan de soin individualisé ¹⁵ ? Cibles ou diagnostics infirmiers/soins Traçabilité des réalisations et possibilité d'édition du taux de réalisation Réfèrent identifié ? Article R4311-5 , 19°) CSP Article L311-3 , 3°) CASF Article D344-5-11 CASF		D'après les entretiens, l'établissement dispose : <ul style="list-style-type: none"> - D'un dossier de soins individuel informatisé - D'une traçabilité relative à la distribution et administration des médicaments et produits de santé, - D'un plan de soins individuel informatisé, - D'un document de suivi des régimes et textures pour chaque usager, - De transmissions quotidiennes écrites entre AS sur un cahier pour chaque unité,
	Il existe dans le dossier de soins un bilan de l'état buccal et dentaire du résident ? Dates des dernières mises à jour ?		L'association [REDACTED] intervient pour chaque usager une fois par an. Sinon, la MAS est en relation avec le stomatologue de l'hôpital de Pontoise pour des prises en charges plus lourdes.

¹⁴ Si urgence la nuit, DLU prêt ou édition extemporanée ? par qui ? Quels droits d'accès ?

¹⁵ Edition du plan de soin d'une IDE, d'une AS, d'une AES, d'une veilleuse pour la semaine en cours

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur¹⁶ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ?</p> <p>Article L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) Article L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) Article R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier et douleur) Article D344-5-3 CASF (L'établissement 4° Porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique) ; Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance :déclinaison d'une charte, HAS, 2012.</p>	Partiellement	<p>L'évaluation de la douleur est réalisée selon les besoins.</p> <p>Cependant, la traçabilité de l'évaluation de la douleur de la part des IDE ou des AS n'est pas systématiquement retrouvée dans les dossiers de soins.</p> <p>Plusieurs échelles sont à disposition du personnel pour l'évaluation et notamment l'échelle simplifiée de la douleur chez les personnes dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'autisme (ESDDA) et l'échelle GED-DI.</p> <p>Une salle au RDC, fermée à clés, est dédiée à l'utilisation du [REDACTED]. Le kit est complet.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 11 : L'absence de traçabilité systématique de l'évaluation de la douleur chez les usagers contrevient aux articles L.1110-5, L.1112-4 et R. 4311-2 5° du CSP et D.344-5-3 du CASF.</p> </div>
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.7. <u>Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</u></p> <p>L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ? Article R4312-35 CSP (IDE DSI et protection données dossier de soins) Article R4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) Article L311-3, 4)°CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) Article L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)</p>	Oui	<p>Les dossiers médicaux sont rangés en format papier dans des classeurs individuels disposés dans une armoire fermée à clé qui se trouve dans le bureau médical.</p> <p>Le dossier médical est totalement informatisé pour les nouveaux usagers depuis 2022.</p> <p>Pour les usagers entrés dans l'établissement avant cette date, leur dossier médical présente un format papier et informatique.</p> <p>Ce bureau est accessible aux IDE depuis le poste de soins infirmier.</p>
	<p>Tenue du dossier médical : supports synthèse d'entrée, traçabilité des consultations, bilans et examens complet régulier ? ordonnances à jour ? codes nominatifs ? Contenu, mises à jour, synthèses, suivi Dossiers informatisés et papiers Biologie et Rx</p>		<p>Le classeur d'ordonnances est mis à jour une fois par mois soit le 31 ou le 1^{er} chaque mois.</p> <p>Si une modification est réalisée pendant le mois en cours, l'impression de la nouvelle ordonnance est faite systématiquement.</p>

¹⁶ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Ordonnances Article R4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales)		
	2.2.8. <u>Le dossier de soins</u>		
	Dossier paramédical ? diagnostic infirmier ? utilisé par tous les PDS ? codes nominatifs ? Article R4312-35 CSP (IDE DSI et protection données dossier de soins)	Partiellement	<p>L'accès au dossier de soins est réservé aux cadres, infirmière, aides soignant, et autres paramédicaux et accessible par un code personnel nominatif.</p> <p>En revanche, pour le personnel vacataire, la direction de l'établissement a mis à disposition un document intitulé « Accès aux ordinateurs pour les vacataires MAS » édité le 11/04/2023 avec la liste des identifiants et mots de passe par unité.</p> <p><u>Point de vigilance</u> : L'accès aux données de santé pour les vacataires n'a pas donné lieu à la délivrance d'un accès personnel nominatif ce qui est susceptible de nuire à la confidentialité des données prévue à l'article L.311-3 du CASF et à l'article R4312-35 du CSP.</p>
	Pour les dossiers informatisés : la liste des droits d'accès est-elle formalisée et respectée ? (voir charte d'utilisation) Matrice d'accès différenciés aux dossiers en fonction de la catégorie professionnelle ? Article L311-3 , 4)°CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) Article L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)	Oui	Les droits d'accès informatiques sont formalisés et le personnel administratif de direction n'a pas accès aux données médicales ni aux données paramédicales.
2.3. Gestion d'information	2.2.9. <u>Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux</u> Les observations et bilans des intervenants extérieurs sont-ils tracés dans les dossiers des usagers ?	Partiellement	<p>Concernant les intervenants extérieurs et notamment kinésithérapeutes, les observations sont notées mais les bilans sont absents</p> <p>Écart 12 : L'absence de bilans et d'évaluations kinésithérapiques tracés dans les dossiers individuels des usagers n'est pas conforme aux dispositions des articles R.4321-2 et -6 du CSP.</p>

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u> Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	Oui	Le bâtiment de la MAS est moderne et récent. Il est bien entretenu et en très bon état.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u> Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Oui	Il existe un cahier de signalement des dysfonctionnements. C'est l'agent technique qui actualise ce registre en fonction de ses interventions. Ce cahier est situé à l'accueil.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>L'accessibilité PMR des locaux</u> Les locaux sont-ils conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de : - Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ? Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptées aux handicaps des personnes accueillies ?	Oui Oui Non	Les locaux sont conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de circulations horizontales (couloirs, sanitaires, locaux collectifs), et de circulations verticales (ascenseurs). Il n'y a pas de pictogramme sur les portes. Une psychologue a été recrutée en janvier et elle va mettre en place des pictogrammes pour améliorer la communication. <div> Remarque 17 : Il n'existe pas de signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptée aux handicaps des personnes accueillies. </div>

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u> Les locaux sont-ils en nombre suffisant et de dimension appropriée pour l'ensemble des activités : <ul style="list-style-type: none"> - Activités - Rééducation, 	Oui Oui	Les locaux sont en nombre suffisant et de dimension appropriée pour l'ensemble des activités.
	2.4.2. <u>Les chambres</u>		
	Equipement de la chambre ? Article D312-159-2, CASF Annexe 2-3-1 CASF (Socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les ehpad).		Toutes les chambres sont individuelles et contiennent un espace salle de bain et de toilettes.
	Sécurités (fenêtres)		Les fenêtres sont sécurisées et peuvent être ouvertes.
	Sanitaires et salles de bain individuels		La chambre contient des sanitaires et une salle de bain individuelle.
	Sanitaires et salles de bain communs		Il existe aussi une salle de bain commune par unité.
	Système d'appel malade : description, reports, fonctionnel, traçabilité des appels, audits réguliers, action corrective pour non réponses identifiées		Ils n'ont pas de système d'appel malade. Les résidents ne seraient pas en capacité de s'en servir.
	Accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie Article D344-5-3 CASF		Les résidents sont répartis par petites unités de vie ne dépassant jamais dix résidents.
	Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ; Article D344-5-3 CASF		Par leur chambre individuelle, chaque résident dispose d'un espace de vie individuel.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. <u>La circulation dans les locaux</u> Les ouvertures principales sont-elles automatisées ? Les couloirs utilisés par les usagers sont-ils : <ul style="list-style-type: none"> - Les plus spacieux possibles, 	Non Oui	Il n'y a pas de code pour utiliser l'ascenseur qui se trouve à l'extérieur des unités de vie, lesquelles sont sécurisées par des portes fermées. Tous les accès du site sur lequel est implantée la MAS sont sécurisés afin d'éviter les fugues. Les unités de vie présentent des couloirs permettant la déambulation des résidents mais l'espace de déambulation reste néanmoins limité. Chaque résident dispose d'un badge dont le paramétrage est personnalisé pour accéder à sa chambre. Ce système permet d'éviter les intrusions dans les chambres.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Dépourvus de piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles ; - Constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol. 	Oui Oui	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.4. <u>La salle d'apaisement</u> La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait et l'apaisement des usagers ? Quels équipements sont disponibles dans la salle d'apaisement ? La salle d'apaisement	Oui	Il existe plusieurs salles d'hypostimulation. Il existe également un espace encore plus contenant en forme d'igloo dans une salle.

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. <u>Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)</u> Y-a-t-il un DUERP ?	Oui	Il existe un DUERP.
2.5. Sécurités	2.5.2. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u> Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ? Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ? Le marquage des DASRI est-il conforme ?	Choisir Oui Choisir	Un local est dédié aux DASRI et le marquage d'ouverture/ fermeture est respecté. Les DASRI sont évacués une fois par mois.
2.5. Sécurités	2.5.3. <u>Les vaccinations des usagers</u> Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle Inscription des vaccins administrés dans le carnet de santé		oui

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Recueil de l'accord des responsables légaux tracé		oui
2.5. Sécurité	2.5.4. <u>L'aide à la prévention des chutes</u> Des installations de lève-personne, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmerie ? Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : - barres d'appui systématiques - sièges fixes ?	Oui	Il n'existe pas de lève personne. Les résidents sont suffisamment mobiles. Il existe des barres d'appui dans l'ensemble des couloirs. Des barres d'appui sont présentes dans les espaces de circulation de la MAS. L'ensemble des usagers n'a pas de problèmes de mobilité.
2.5. Sécurité	2.5.5. <u>La prévention des fugues</u> La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues adapté l'âge du jeune ?	Oui	Il existe un dispositif pour éviter les fugues : un certain nombre de badges sont indispensables pour passer d'un espace à un autre. De plus le site est complètement fermé.
2.5. Sécurité	2.5.6. <u>PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</u> Le PV de la commission émet-t-il un avis favorable ? Le cas échéant, les recommandations ont-elles été levées ?	Oui non investigué	Il y a eu une commission de sécurité le 15 janvier 2025. L'avis était favorable.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.1. <u>L'admission</u></p> <p>Politique d'admission : existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? L'EAM utilise-t-il le dossier unique d'admission usager ? Si non, pourquoi ?</p> <p>Réf. : L. 241-6, L. 311-3, 2° et R 146-36 du CASF, https://www.iledefrance.ars.sante.fr/harmoniser-les-admissions-en-esms-en-ile-de-france et CPOM</p>	Oui	<p>La structure est spécialisée dans la prise en charge d'autistes handicapés. Le compte rendu du CVS du 11 décembre 2023 évoque un faible taux de remplissage de ■ résidents pour 39 places. Le taux d'occupation est bien en-deçà de la capacité autorisée. Le jour de l'inspection, ■ places de l'hébergement permanent restent inoccupées ainsi qu'■ place sur la MAS Hors les murs. Les personnes entendues en entretien n'ont pas su expliquer les délais des admissions tardives. Le directeur de transition s'est attelé au travail d'admission et 3 admissions ont été faites récemment.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 18 : Le faible taux de remplissage perdure depuis au moins un an et demi, ce qui interroge sur le processus d'admission.</p> </div> <p>La procédure d'admission a été présentée oralement à la mission. Le dossier de l'usager est adressé au médecin psychiatre qui donne son avis sur une éventuelle contre-indication (celle-ci est argumentée). S'il n'y a pas de contre-indication une réunion avec la famille est organisée. Ensuite le dossier est présenté auprès de la commission d'admission (équipe pluridisciplinaire) qui décidera de valider ou non le dossier.</p> <p>Il existe une procédure d'admission de la fondation formalisée. Cependant celle-ci n'a pas été actualisée depuis 2010 alors que la procédure prévoit (page 1) que celle-ci soit actualisée tous les 5 ans. Cette procédure prévoit que le dossier soit étudié par le directeur des services médicaux du siège de la Fondation, puis par la commission d'admission du siège, et ensuite par le directeur et le médecin de l'établissement devant recevoir l'usager. Cette procédure d'admission formalisée n'est pas cohérente avec la procédure d'admission présentée oralement à la mission qui prévoit que l'ensemble du processus d'admission soit réalisé au niveau de l'établissement d'accueil.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ?</p> <p>Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?</p> <p><u>Existe-t-il une commission d'admission ?</u> Si oui, sa composition et sa fréquence ou modalités d'organisation ? Si non, l'admission est-elle prononcée après avis des membres de l'équipe pluridisciplinaire ? Réf. : HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018</p> <p><u>L'établissement a-t-il mis en place des critères propres d'admission ?</u> Si oui ces critères sont-ils géographiques ? Lié à l'autonomie dans les transports ? Liés au comportement de l'usager ou à des motifs médicaux ? Réf. : D. 312-0-3, I du CASF</p> <p><u>Les refus d'admission sont-ils tracés ?</u> Les refus d'admission sont-ils motivés auprès des familles ? Combien de refus ont-été réalisés après un stage d'observation ? Réf. : L. 241-6, III du CASF</p> <p>Qui donne son avis sur les dossiers d'admissions ?</p> <p>Les motifs de refus sont-ils notifiés aux familles ?</p> <p>Y a-t-il une visite de préadmission pour l'usager et sa famille ?</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>non investigué</p> <p>Oui</p>	<div> Remarque 19 : Il existe des discordances entre la procédure d'admission formalisée par écrit et celle présentée oralement, ce qui ne permet pas de disposer d'une visibilité sur les pratiques des admissions ni de garantir un traitement homogène pour l'ensemble des demandes d'admission. </div> <p>La MAS utilise l'application Via Trajectoire. C'est l'assistante sociale qui l'utilise et qui établit la liste d'attente. Le registre de toutes les demandes d'admission est géré via l'application trajectoire.</p> <p>Il existe une commission d'admission, composée de la direction, de l'équipe médicale, et de l'équipe éducative. Elle se réunit en fonction des places disponibles. Selon entretien, l'assistante sociale adresse le dossier au médecin psychiatre pour s'assurer que l'adulte relève bien de l'autisme. Ensuite ils se réunissent en commission pluridisciplinaire.</p> <p>Lors de l'admission certains critères sont pris en compte tels que le critère géographique de proximité à l'échelle départementale afin de privilégier les liens familiaux. La MAS n'est pas concernée par un critère d'autonomie dans les transports car tous les résidents relèvent de l'internat.</p> <p>Les refus d'admission sont tracés et s'appuient sur l'expertise du médecin (l'assistante sociale trace les dossiers).</p> <p>Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire donnent leur avis sur les dossiers dans le cadre de la commission d'admission : médecin, infirmier, éducateur, administratif.</p> <p>En l'absence de l'assistante sociale, responsable de ce dossier, ce point n'a pu être investigué par la mission.</p> <p>Il existe une visite de préadmission pour l'usager et sa famille.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y-a-t-il des séjours d'observation ? <u>Un stage d'observation</u> est-il proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission ? Réf. : HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018 et HAS « Qualité de vie en MAS-FAM, volet 3 : Le parcours et les formes souples d'hébergement », 2014	Oui	Un stage d'observation est proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission. Selon les entretiens les résultats de ce stage ne remettent pas en question l'admission.
	Bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission <u>Article D344-5-11</u> CASF		Il existe un bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »</u> La structure participe-t-elle à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) pour l'élaboration de piste d'action individualisées pour des usagers sans solution ou pour des usagers dont la situation est complexe ? La structure reçoit-elle des dossiers d'admissions issu d'un plan d'accompagnement global (PAG), faisant suite aux GOS, pour les usagers sans solution ?	Oui non investigué	 La structure ne participe pas actuellement à des GOS (groupes opérationnels de synthèse). Ils sont susceptibles de demander un GOS pour un usager actuellement suivi dans la structure. il vient d'un IME de l'Oise. il manifeste beaucoup d'agitation. Elle fait des crises deux fois par semaine. Elle peut mordre également.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour</u> Un DIPC est élaboré à l'admission de l'usager ? Contenu conforme : 1° Tient compte de la situation spécifique des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, de leur projet de vie et de leur famille ; 2° Détaille les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge ;	Non	 Selon le directeur, les résidents ont des contrats de séjour mais une majorité d'entre eux ne sont pas signés. Le nouveau directeur souhaite que cette situation évolue afin que l'ensemble des contrats de séjour soient signés rapidement. La mission constate à travers le contrat-type de séjour adressé que les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif ne sont pas suffisamment détaillés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>3° Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant.</p> <p><u>Article D344-5-4 CASF</u></p>		<div> <p>Écart 13 : Les contrats de séjour des résidents sont rarement signés, ce qui ne permet pas de s'assurer de la participation de la personne accueillie, ou à défaut de ses proches ou du représentant légal, à l'élaboration du projet de prise en charge (objectifs et actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne) De surcroit, les contrats de séjour ne sont pas suffisamment détaillés sur les objectifs et proposition de prise en charge. Cette situation contrevient aux dispositions des articles L311-4 du CASF¹⁷ et D344-5-4 du CASF¹⁸</p> </div>
	<p>La participation et le consentement de l'utilisateur sont recherchés lors de l'élaboration du DIPC ? (Signature de l'utilisateur ou son représentant légal)</p>	Non	<p>Compte tenu de la pathologie (autisme prononcé), le consentement des résidents ne peut être obtenu. Comme vu plus haut, l'établissement n'a pas été en mesure de démontrer la recherche de la participation de l'utilisateur ou celle de son représentant légal lors de l'élaboration de son contrat de séjour.</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>Le livret d'accueil</u>		

¹⁷ Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie.

¹⁸ Le contrat de séjour mentionné à [l'article L. 311-4](#) : 2° Détaille les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Un livret d'accueil est-il remis à l'usager et/ou son représentant légal ?	Non	<p>██ d'un livret d'accueil alors même que des admissions ont été effectuées récemment (un usager est arrivé la semaine précédant l'inspection.</p> <p>Écart 14 : La remise d'un livret d'accueil aux résidents n'a pu être confirmée lors des entretiens. Cette situation contrevient à l'article L311-4 du CASF¹⁹.</p> <p>Le livret d'accueil ne comprend pas la charte des droits et libertés de la personne accueillie, et le règlement de fonctionnement. Il n'y est pas fait non plus référence.</p> <p>Écart 15 : Le livret d'accueil ne comprend ni la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ni le règlement de fonctionnement. Cette situation contrevient à l'article L311-4 du CASF²⁰.</p>
	Le livret d'accueil comprend-il :		

¹⁹ Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à [l'article L. 311-3](#) et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne, à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ainsi qu'à la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou à la personne de confiance désignée dans les conditions prévues à l'article L. 311-5-1 un livret d'accueil auquel sont annexés : a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à [l'article L. 6121-7 du code de la santé publique](#) ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ; b) Le règlement de fonctionnement défini à [l'article L. 311-7](#).

²⁰ Il est remis un livret d'accueil auquel sont annexés :

a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à [l'article L. 6121-7 du code de la santé publique](#) ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ;

b) Le règlement de fonctionnement défini à [l'article L. 311-7](#).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - La charte des droits et liberté de la personne accueillie ; - Le règlement de fonctionnement ; 	<p>Non</p> <p>Non</p>	
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.5. <u>Les médecins traitants</u></p> <p>Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Les usagers sont principalement suivis par les deux médecins salariés (généraliste et psychiatre) présents dans la structure.</p> <p>Le médecin généraliste assure une bonne partie, (sinon la totalité), des actions et actes relevant de la médecine générale dispensés au bénéfice des usagers, comme en attestent les ordonnances, ainsi que les échanges tracés avec les IDE (prescriptions, renouvellements, certificats).</p> <p>Les usagers ont tous un médecin traitant identifié en plus du médecin sur site, qui suit tous les résidents en parallèle.</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.6. <u>Les transmissions inter équipes</u></p> <p>Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ?</p> <p>Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ?</p> <p>Qui assure le pilotage des transmission inter équipes ?</p> <p>Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ?</p> <p>Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...)</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les temps de transmissions orales entre équipes sont prévus le matin entre 7h45 et 8h45 et le soir entre 20h00 et 20h15.</p> <p>L'organisation des présences des équipes de jour et de nuit permet un temps d'échange.</p> <p>Les transmissions écrites peuvent être réalisées soit sur le logiciel [REDACTED]™ si le personnel est fixe en CDI (ou en CDD long). Les personnels en CDD court n'ont pas d'accès au logiciel et font leurs transmissions écrites sur un cahier.</p> <p>Un temps dédié le matin et le soir est prévu pour les transmissions orales (cf. supra).</p>
	3.1.7. <u>Relations avec la MDPH</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les relations avec la MDPH sont-elles institutionnalisées ? Y a-t-il un interlocuteur identifié au sein de la structure ? Existe-t-il des échanges informels (mails, téléphones) entre la MDPH et l'établissement sur la situation de certains adultes ? Réf. : Article L241-6, Article R146-36 CASF <i>« Qualité de vie en MAS-FAM, volet 3 : Le parcours et les formes souples d'hébergement », 2014 HAS</i></p>		<p>La MAS dispose d'un siège à la CDAPH. Ils interviennent sur des GOS (groupe opérationnel de synthèse) pour un résident de la MAS Simone Veil. Ils ont une liste d'attente pour les places disponibles. C'est l'assistante sociale qui suit cette liste.</p> <p>Au 28/02/2025 ils ont ■ résidents pour 39 places. Les parents sont freinés par l'internat, ils préfèrent obtenir un accueil de jour en MAS. Ils n'ont pas d'accueil temporaire dans la MAS.</p>
	<p>Participez-vous à la CDAPH ? La MDPH vous a-t-elle saisi cette année pour participer à un groupe opérationnel de synthèse ? Avez-vous proposé un dossier de situation complexe à étudier en GOS ? Article L146-8 alinéa 4, CASF</p>		<p>La direction de la MAS participe à la CADPH tous les 15 jours (commission enfant et adultes : une par semaine en alternance).</p>
	<p>Avez-vous déjà contribué à la formalisation d'un plan d'accompagnement global ? Combien d'usagers bénéficient-ils d'un PAG dans votre établissement ? Article L114-1-1 CASF</p>		

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.2.1. Les outils d'évaluation</p> <p>Quelles sont les modalités et outils/échelles d'évaluation des besoins, des capacités et de l'autonomie des usagers ?</p>		<p>Un travail pluridisciplinaire existe entre la psychologue, la psychomotricienne, les IDE, le médecin, et le cadre éducatif. Il existe un protocole d'accompagnement pour chaque résident. L'autonomie des résidents est très limitée. L'objectif de ces protocoles est de créer des rythmes, des repères, de maîtriser la violence de chaque résident.</p> <p>Des outils de communication non verbaux (■) sont utilisés pour gérer la violence, et formaliser un besoin de rituels (source : entretien). Des informations contradictoires ont cependant été données à la mission sur les outils de communication. L'usage des ces outils ne serait pas généralisé à l'ensemble des résidents.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.2. <u>Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :</u>		
	Chaque usager a un projet individualisé d'accompagnement ? <i>Article D344-5-11 (Accompagnement individualisé défini dans les contrats de séjour)</i>	Non	<p>Selon la direction, très peu de projets personnalisés des soins et d'accompagnement sont formalisés et signés. La consultation d'un échantillon de dossiers de résidents (5 dossiers résidents ont été consultés) a confirmé ces propos, et lorsque les PPSA sont présents au dossier, ils sont anciens (2017 ou 2019 pour la plupart) et non actualisés. L'ensemble des projets seraient rédigés et signés d'ici un an. Ensuite les PPSA seraient actualisés tous les ans. Cependant ce planning ne paraît pas réaliste car la majorité des usagers ne disposent pas de PPSA actualisés.</p> <div> Écart 16 : Les usagers ne bénéficient pas de projets personnalisés de soins et d'accompagnement actualisés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L 311-3 et D344-5-11 du CASF. </div>
	Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ? <i>Article D344-5-11 (bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne avec actualisation dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)</i>	Non	Chaque résident dispose d'un référent pour son PPSA qui s'occupe du lien avec la famille. Chaque AS est référent de 2 ou 3 résidents de la MAS. Une trame de PPSA utilisée par la MAS a été adressée à la mission. Celle-ci est exhaustive.
	Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ?	Oui	Selon les entretiens des professionnels, chaque résident dispose d'un référent.
	Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ?	Oui	Pour l'instant les familles ne sont pas associées à l'élaboration des projets personnalisés. Mais la direction a déclaré que les PPSA seront validés par les parents et tuteurs dans un futur proche.
	Existe-t-il des réunions de synthèse régulières ?	Oui	Il existe des réunions de synthèse mais ces dernières ne donnent pas lieu à un document formalisé.

3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.1. <u>Les personnes qualifiées départementales</u>		
	Une liste départementale de personnes qualifiées est-elle à disposition des usagers et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	Non	Le nouveau directeur n'a pas connaissance d'une liste des personnes qualifiées. La mission ne l'a pas vu affichée non plus, mais une affiche d'information sur le rôle des personnes qualifiées et comment se procurer la liste est affichée dans l'enceinte de l'établissement. Par ailleurs, une affiche avec les documents à disposition des familles précise qu'ils sont à demander auprès de la secrétaire.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. <u>La personne de confiance des usagers</u>		
	Les usagers et les familles sont-ils informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP) ?	Oui	Cette disposition figure dans le contrat de séjour (article 5).
	Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission dans le dossier des usagers ?	Oui	Les personnes de confiance sont identifiées dès l'admission dans le dossier des usagers.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.3. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u>		
	Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? photos, étiquette, bracelet, ...	Oui	Un trombinoscope est présent dans le poste de soins et regroupe les photos des usagers des 4 unités. Ce trombinoscope est également présent sur les chariots de soin. Des photos sont sur les portes pour garantir l'identification des usagers. Le système de port de bracelet d'identification n'a pas été retenu au regard des profils des usagers.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.4. <u>Les mesures de protection des biens</u>		
	Est-il proposé un coffre-fort pour effets personnels de valeur des usagers ?	Non	Il n'y a pas d'objet de valeur dans la MAS car ce serait trop compliqué à gérer.

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.1. <u>Relations avec les familles</u>		
	Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?	Oui	Il existe plusieurs temps festifs dans l'année. Les familles rencontrent les professionnels lors de ces événements. Le directeur souhaite organiser une rencontre café une fois par mois avec les familles. Dans l'avenir une rencontre avec les familles aura lieu une fois par an pour valider les projets d'accompagnement individualisés.
	L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ?	Oui	C'est la direction qui s'occupe des familles lors de l'accueil des résidents. Actuellement les familles ne sont pas informées du planning des activités. Mais à l'avenir le directeur souhaite que le planning d'activité soit présenté dans le projet personnalisé de soins et d'accompagnement.
	Y-a-t-il un moyen de communication entre la structure et les familles (cahier de liaison, réunion, mail, journée à thème, journée portes ouvertes aux familles, ...) Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ?	Oui Non	Les référents appellent les familles tous les 15 jours pour les tenir informer. Par l'intermédiaire du site [REDACTED] » ils adressent de nombreuses informations aux familles. Il n'existe pas de pièce dédiée pour l'accueil des familles. La plupart du temps les parents viennent prendre leur enfant et repartent avec celui-ci.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. <u>Organisation de sortie extérieure</u>		
	La structure organise-t-elle des sorties extérieures : - Sur une journée ; - Sur plusieurs jours ?	Oui Oui	Des sorties sont organisées régulièrement à l'extérieur. Ils font du vélo, balade en forêt, de l'escalade. Il existe un partenariat avec la médiation animale, le cirque, et la piscine municipale. La plupart des sorties extérieures portent sur une seule journée (balade en forêt, escalade, piscine). Certaines sorties peuvent porter sur plusieurs jours, voire une semaine. C'est proposé à tous les résidents mais ils ne sont pas tous en capacité de le faire. Cela dépend des indications thérapeutiques.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>		
	Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ?	Oui	Il existe des temps communs entre les unités durant les activités hebdomadaires.
	Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ?	Non	Il n'existe pas de procédure formalisée relative au respect de l'intimité des usagers. Cependant les éducateurs apprennent aux résidents à exercer leur plaisir de manière isolée et dans le respect des autres. L'apprentissage du respect de l'autre est effectué de manière continue. Il n'y a pas de temps dédié pour cet objectif.
	Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ?	Non	Il n'existe pas de procédure formalisée relative au respect de la vie affective des usagers.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u>		Ce sont les familles qui s'occupent des transports pour les allers retours au domicile. La MAS s'occupe des transports pour les activités d'animation et pour l'accès aux soins.
	Y a-t-il une organisation pour le transport: - Entre leur domicile et la structure ? - Entre la structure et l'internet ? Y a-t-il des conventions passées avec les chauffeurs ?	Non Non non investigué	Les résidents ne peuvent pas utiliser internet.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.2. <u>Les activités</u>		<p>Un éducateur sportif travaille à temps plein pour la MAS. Un poste d'animateur socio-éducatif est vacant. La direction a des difficultés à recruter un agent sur ce poste. Néanmoins le travail d'animation est réalisé par tous les accompagnants. Les moniteurs éducateurs et les éducateurs proposent un planning d'activité et le directeur adjoint valide celui-ci.</p> <p>Les activités par petits groupes de 3-4 résidents sont privilégiées. Ces activités nécessitent une forte présence des professionnels de la MAS (1 résident pour 1 accompagnant) car les résidents peuvent rapidement développer des comportements agressifs. Des sorties extérieures sont organisées sur une journée (balade en forêt, escalade, piscine).</p> <p>Le planning des animations de novembre et décembre 2024 a été adressé à la mission. Les activités proposées sont nombreuses et diversifiées : médiation animale, cirque, piscine, équithérapie, percussions, urban jump, escalade, vélo, ferme pédagogique, promenade nature, activité physique adaptée.</p> <p>La mission constate que le planning ne comporte aucune activité le mardi, ni le matin ni l'après-midi, à cause des réunions de service. Et certains jours de la semaine, le nombre de participants aux activités est assez réduit : par exemple, le jeudi il n'y a que 6 participants pour les deux activités proposées pour ■ résidents.</p>


Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<div>Remarque 20 : Aucune activité n'est proposée le mardi en raison des réunions de service. De plus, la participation des résidents aux activités est assez réduite (nombre de résidents peu élevé) certains jours de la semaine.</div>

3.6. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
n	3.6.1. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u> L'hygiène corporelle des usagers fait-elle l'objet d'une programmation, organisation ? L'hygiène corporelles des usagers est-elle suivie et tracée ?	Oui Oui	Les usagers reçoivent une douche par jour voire 2 si besoin. Les aides-soignantes tracent dans le logiciel [REDACTED]™.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.2. <u>Les changes</u> Les changes sont-ils effectués aussi souvent que nécessaire ? Y a-t-il des temps planifiés pour des passages aux toilettes et les changes ?	Oui Oui	Les usagers sont changés à la demande et toutes les tailles de change ont été retrouvées. La réalisation du plan de soins (douche, change, douleur...) est faite par les IDE lors de l'admission : les AS ou AES tracent leur action en cochant des cases. Tous les accompagnements aux toilettes sont notés car ils ont également un objectif éducatif afin d'éviter la mise en place de protection.

3.7. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.1. <u>La conception des repas</u> Les repas des jeunes sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leur âge ? Un professionnel de la structure est-il désigné pour vérifier le respect du cahier des charges de restauration (grammage, composition des menus, apports nutritionnels, ...) ? Il y a-t-il une commission des menus ? Les repas sont-ils préparés : Existe-t-il un contrat entre la structure et le prestataire ? Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution (allergie, fausse route, sans porc, ...) ?	 Oui Oui Partiellement Choisir Partiellement	La conception des repas est réalisée par un prestataire extérieur [REDACTED] [REDACTED] depuis le 02/05/2024) qui transmet les menus pour chaque semaine. Ce prestataire n'a pas de diététicienne. Chaque livraison contient les repas pour une journée et demie et sont conditionnés dans des bacs en fer pour 12 à 16 personnes. Les menus mixés ou hachés sont à part. La mission a eu la transmission du menu sur la semaine du 06/01 au 12/01. L'équilibre entre les légumes et les féculents est respecté. Ils sont variés et sont servis avec des protéines animales au moins une fois par jour. Chaque portion viande/légume équivaut à 300 g. La maitresse de maison utilise une cuillère-balance spécifique qui permet de servir le plat de résistance à la hauteur de 300 g par assiette. Une seule commission des menus a pu être réalisée depuis le 02/05/2024. Pas de menu de substitution proposé.
	3.7.2. <u>Les salles de restauration</u> Quels sont les horaires de repas et de collations ?	 Oui	Les prises alimentaires sont réparties en 4 temps : Petit-déjeuner : 9h00 Déjeuner : 11h45 Goûter : 16h00 Dîner : 18h45 Collation du soir : oui

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
m	Les périodes de jeun sont-elles inférieures à 12 h ?	Oui	<p>Chaque unité possède une salle de restauration avec une cuisine adjacente pour préparer des repas.</p> <p>Chaque résident est assisté par une aide-soignante. Les médicaments sont distribués par l'IDE pour chaque repas.</p> <p>Chaque maitresse de maison dispose de la liste des usagers de l'unité affichée dans la cuisine avec leur régime alimentaire et le petit déjeuner type.</p> <p>La psychomotricienne a également affiché la dotation de matériel adapté (cuillère adaptée avec un manche de couleur, une assiette à mini rebords, une tasse avec anse...) pour les usagers nécessitant une aide pour la prise des repas.</p>  <p>Document 3. Texture et régime des usagers affichés dans une cuisine</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.7.3. <u>Les régimes, textures</u></p> <p>Les régimes alimentaires et les textures modifiées (liquide, gélifiée, mixé, haché) sont-ils prescrits ?</p> <p>Les différents régimes et textures sont-ils répertoriés dans un document unique tenu à jour ?</p> <p>Les régimes et textures sont-ils transmis régulièrement à la cuisine ?</p>	<p>Oui</p> <p>Choisir</p> <p>Oui</p>	<p>Les textures sont prescrites dans le logiciel [REDACTED]™. Puis la cadre transmet l'ensemble des régimes et textures au prestataire de cuisine.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.4. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u>		<p>10 résidents sur [REDACTED] présentent un repas dont la texture est mixée en raison de la possibilité de potentielles fausses routes.</p> <p>D'après les entretiens, le test des fausses routes n'est pas réalisé dès l'entrée. L'établissement n'a pas de convention d'intervention avec une orthophoniste.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (Exemple : Test du verre d'eau)	Partiellement	La réévaluation des textures est faite tous les ans. Remarque 21 : Il n'existe pas de procédure d'évaluation et de réévaluation des risques de troubles de la déglutition. Le plan de formation 2023 et 2024 n'inclut pas la formation du personnel à la prévention des fausses routes
	Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	Non	La mission n'a pas constaté de formations sur la détection des fausses routes sur les plans de formation transmis.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.5. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u> Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ?	Partiellement	Un document intitulé « Enquête de satisfaction résident » a été transmis à la mission. Il interroge en page 8 la prestation autour des repas et notamment la qualité, la quantité, le respect du régime et le temps disponible pour ces derniers. Par ailleurs, la mission a eu transmission de documents permettant de suivre les apports hydriques hebdomadaires ainsi que les ingesta. Il existe un suivi régulier (mensuel) du poids de l'ensemble des résidents. La mesure des poids est réalisé par les AS qui interpellent l'IDE en cas de prise ou perte de poids. D'après les entretiens, les IMC des usagers sont calculés et 15 d'entre eux présentent un IMC supérieur à 25 (surpoids, voire obésité). Remarque 22 : Il n'y a pas de protocole ou de procédure portant sur le suivi de l'état nutritionnel des usagers. En dehors des pesées régulières, on note l'absence d'analyse du statut nutritionnel des usagers et de pilotage médical du suivi nutritionnel.
	Y a-t-il un suivi de l'état nutritionnel (poids, IMC) ?	Partiellement	

3.8. La dispensation des soins

D'après les entretiens et les documents transmis (comptes-rendus) la mission atteste de l'organisation du temps auprès des usagers et des activités suivantes : réunions cliniques hebdomadaire, temps administratif pour la mise à jour des dossiers informatisés , réception et vérification de la livraison de médicaments, du temps de transmission.

Tableau 1 : Planification des réunions

PLANIFICATION DES SOINS											
MAS Simone Veil											
Semaine du 06/01 2025 au 12/01 2025											
Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche				
	TEMPS IDE	TEMPS IDE	TEMPS IDE	TEMPS IDE	TEMPS IDE	TEMPS IDE	TEMPS IDE				
7H45	transmissions orales avec l'équipe de nuit dans les unités - Recupérer fiche d'urgence en salle de veille - Température frigo infirmerie - Préparation matériel si prise de sang + Préparation chariot (compote, eau, valiselle...)										
8H45	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT				
9H45	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle				
10H45	Temps de transmissions médicales - retour de we résidents	PRISE DE SANG Valentine Julia Arnaud Arrivée Paul A. Allo Bloc Bernard Allo Dr Barros PROTOCOLE Hypo stin	FOOD Bernardo tit de 7h + donner vérifier tit de Jamin entrée le 14/01	Vérification avec HM des rouleurs résidents (partie 3)	Préparation des trousses du week-end (HM)	ABS Racky	Réunion Paramédicale 9h30 / 13h				
11H45	Lecture transmissions ciblées HM	Réunion éducative + 1 IDE	Lecture transmissions ciblées HM	Lecture transmissions ciblées HM	Lecture transmissions ciblées HM	Lecture transmissions ciblées HM	Lecture transmissions ciblées HM				
12H45	Admin TTT + HLM	Admin TTT + HLM	Admin TTT	Admin TTT + HLM	Admin TTT + HLM	Admin TTT	Admin TTT				
13H00	Transmissions écrites										
13H30	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle				
14H30	Administratifs : prise rdv et organisation rdv à venir	Réunion Clinique pluridisciplinaire 14h à 16 h	Vérification avec HM des rouleurs résidents (partie 2)	Lecture transmissions ciblées HM	Temps références (hygiène, douleur...)	MAJ "Absences des résidents" sur tableau	Envoi mail "rdv médicaux"				
15H30	Mai demande pharmacie	14h30 Echo Julia Bernardo à Jean OOH	Retour mail pharmacie suite à la vérif des rouleurs	Préparation médicaments résidents pochette we	Vérification pochettes tit u week-end	Tracabilité HM	Peuses résidents à vérifier sur HM				
16H30	Faire NPD	Réception pharma (npg + besoins ponctuels + rouleurs hebdo) + rangement	Liite des départs week-end à venir	Réception rouleurs résidents de la pharmacie et vérification unitaire	Départs Familles des résidents : donner pochette tit + valider la date du retour	MAJ des suivis résidents	Tracabilité HM				
17H30	Insertion documents sur HM	Temps références (hygiène, douleur...)	Insertion documents sur HM	PEC KINI de 16 h à 18 h 30	Mise à jour dates et horaires de retour we (mail si besoin)	Tour de surveillance dans les unités	MAJ planif IDE				
18H30	Appels familles retour week-end	Admin TTT	Lecture transmissions ciblées HM	Appels familles prépa week-end	Retour journée résident (rec pochette tit)	Retour journée résident (rec pochette tit)	Surveillance manuelle : Périmètre, contrôle chariot d'urgence				
19H30	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Admin TTT	Retour résidents we (rec pochette tit)				
20H30	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle	Rangement et réassort chariots + valiselle				
21H30	transmissions écrites et orales avec l'équipe de jour + donner le téléphone à l'unité 2 + mettre fiches d'urgences dans la salle de veille + traitements de nuit										
	réunions	transmissions	pharmacie	résidents	IDE	hygiène					

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.8.1. L'organisation des soins		
	1.1.1.1. L'organisation des soins définie par le PE		
	<p>Le PE précise l'organisation de la coordination des soins ?</p> <p>Existe t-il un projet de soins actualisé ?</p> <p>Le projet d'établissement ou de service prévu à l'article L. 311-8 :</p> <p>5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ;</p> <p>6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;</p> <p>7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ;</p> <p>Article D344-5-5 CASF</p>		<p>La mission a eu transmission du projet d'établissement dans lequel l'organisation des soins par l'équipe soignante est décrite en page 56.</p> <p>D'après l'organigramme, les médecins sont placés sous la responsabilité de la direction du site CPA.</p>
	1.1.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante		
	<p>Existe-t-il un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge médico-soignante ?</p> <p>ETP ?</p> <p>Astreintes médicales ? Modalités ?</p> <p>CE médecin dispose-t'il d'un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions ?</p> <p>Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)</p> <p>Article D344-5-12 CASF (Equipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, éducatif et social, de la rééducation et de la réadaptation).</p> <p>Recommandations régionales de l'ARSIF « Parcours de soins en EMS handicap : aspects organisationnels et ressources mobilisables », 30/04/2020</p>		<p>Les médecins sont au nombre de deux le jour de l'inspection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Généraliste dont le diplôme n'a pas été transmis à la mission, présent les lundi, mardi, vendredi et les jeudis impairs en télétravail - Psychiatre dont le diplôme a été transmis à la mission, présent tous les matins de la semaine. <p>Depuis l'inspection sur site, [REDACTED]</p> <p>Le médecin chargé de la coordination assure la fonction de médecin généraliste prescripteur et traitant pour la majorité des résidents. L'augmentation de son temps de travail au sein de l'établissement est en cours de discussion.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Un partenariat avec l'Hôpital Saint Anne (AP-HP) permet d'avoir un temps de consultation sur site avec un médecin expert en psychiatrie, spécialisé en maladies rares, notamment pour des bilans génétiques.
	La coordination médicale est-elle effective Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)		
	Continuité pendant les congés et absences du MedCo		Pas de suppléance assurée pendant les congés du médecin généraliste. La direction médicale de l'organisme peut être sollicitée simplement pour un avis consultatif.
	Est-il établi un rapport d'activité médical annuel ? conclusion et plan d'amélioration ?		
	Si un médecin référent est présent, quelles sont les modalités des relations professionnelles avec les équipes soignantes (réunions pluri-disciplinaires) ? (compte rendu) Article D344-5-5 CASF (Le PE 4° Précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ; 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs) D. 344-5-12, CASF (Garanties apportées par la constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-13, CASF (Constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-14, CASF (Conventions pour constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-15, CASF (Exercice libéral ou par convention)		Une réunion d'équipe pluridisciplinaire est mise en place tous les mardis de 14h à 16h et une réunion paramédicale tous les vendredis de 9h30 à 13 h.
	1.1.1.3. Cadre IDE		
	Un(e) infirm(ère) d'encadrement et/ou de coordination est en poste ? La coordination est-elle effective ? Article R4312-36 CSP (missions des IDE chargés de fonctions de coordination ou d'encadrement).		Le jour de la visite sur site, l'effectif IDE est composé de 3 IDE (au lieu de 4 IDE), aucune n'exerçant des fonctions d'encadrement. Le responsable hiérarchique des IDE est la directrice adjointe des soins en fonction depuis septembre 2023.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.2. Plannings et continuité des soins En journée, les plannings des professionnels intervenant dans les soins présentent-ils un chevauchement permettant une continuité des soins ?	Choisir	En semaine et le week-end, les IDE travaillent en 12 heures : Du lundi au vendredi : 2 IDE : 7h45 → 19h45 ou 8h15 → 20h15 et Le week-end : 1 IDE : 8h00 → 20h00 une seule IDE Les jours fériés : 2 IDE : 7h45 → 19h45 les IDE. Les temps de transmissions entre IDE et AS de nuit sont identifiables et organisés sur le diagramme de la planification des plans de soins à savoir le matin et le soir.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>Quelle est l'organisation IDE en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, Permet-elle d'assurer la qualité et la sécurité des soins ?</p> <p>Nuit et WE ?</p> <p>Les plannings sont-ils affichés et connus des équipes</p> <p>Article R344-2 CASF (2° <i>Permanence des soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements</i>) ;</p> <p>De nuit, y-a-t-il des procédures et/ou des astreintes pour assurer la prise en charge en soins en continu ?</p> <p>Astreinte IDE</p> <p>Astreinte médicale</p>	Oui	Pas d'astreinte d'IDE ni astreinte médicale en semaine comme le week end.
	<p>Délégations par les IDE</p> <p>Article R4311-4 CSP (<i>Soins assurés par l'IDE avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.</i></p> <p><i>L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.</i></p> <p>Article R4311-5 & R4311-7 du CSP (<i>Actes IDE déléguables en EMS</i>)</p>		<p>Les médicaments sont distribués et administrés uniquement par les IDE pendant la journée.</p> <p>Il n'y a plus d'IDE la nuit depuis novembre 2024.</p> <p>Une procédure d'habilitation à l'aide à la prise a été mise en place depuis le dernier trimestre 2024.</p> <p>Un document intitulé "Organisation de l'habilitation à l'aide de la prise" a été transmis à la mission : la date de formation théorique est inscrite en regard du nom de la personne.</p>
	<p>Organisation pour les transmissions quotidiennes ? Qui participe ?</p> <p>Quels sont les différents supports et cahiers de transmission entre les différents ?</p> <p>Contenu des transmissions ?</p> <p>Transmissions avec les médecins ?</p> <p>Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ?</p> <p>Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées,)?</p> <p>Article D344-5-3 CASF (<i>L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins</i>)</p>		<p>Les temps de transmissions sont prévus à chaque relève des équipes matin et soir.</p> <p>Les transmissions ciblées sont directement écrites dans le dossier de soin informatisé ou dans les cahiers par unités lorsqu'il s'agit de personnel en CDD court ou intérimaires.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>Le modalités de suppléance en cas d'absence imprévue d'une IDE ou d'un soignant AS/AMP/AES, en semaine ou le WE, en journée ou la nuit sont précisées dans un document ?</p> <p>Article R344-2 CASF (2° <i>Permanence des soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements</i>) ;</p>		<p>En cas d'absence d'une IDE, 14 personnes sont actuellement habilitées pour la MAS pour l'aide à la prise du médicament : 7 aide soignantes, 3 AES, 1 AMP, 2 éducateurs spécialisés et une monitrice éducatrice. Elles travaillent toutes de jour.</p> <p>Cependant, la mission constate que l'établissement ne s'est pas rapproché des fiches pratiques d'aide à la prise pour les établissements et services médico- sociaux handicap publiées par l'Omédit Ile de France.</p> <p>Concernant l'administration des médicaments, aucun usager n'a actuellement besoin de gouttes le soir.</p>
	<p>Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ?</p> <p>Traçabilité des transmissions narratives et ciblées</p> <p>Traçabilité des actes de soins (actes du plan de soin ou actes paramédicaux)</p> <p>Article L311-3 5° CASF (5° <i>L'accès des usagers à toute information ou document relatif à leur prise en charge, sauf dispositions législatives contraires</i>) ;</p> <p>Article R4321-9 CSP (<i>Actes de masso-kinésithérapie</i>)</p> <p>Article R4321-91 CSP (<i>Dossier individuel de masso-kinésithérapie pour chaque usager</i>)</p>		<p>La traçabilité d'administration en temps réel est difficilement réalisable du fait du comportement des usagers.</p>
	<p>Continuité de l'accompagnement</p> <p>Article D344-5-9 CASF (<i>Lorsque la personne est amenée à se déplacer en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, l'établissement ou le service assure la présence à ses côtés d'une tierce personne la connaissant</i>).</p>	Oui	<p>L'accompagnement est possible notamment pour les RDV médicaux à l'extérieur de l'établissement.</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p>3.8.3. Missions médicales</p> <p>Rôle des médecins de la structure dans le processus d'admission.</p> <p>Evaluations</p> <p>Organisation permettant la participation des médecins au processus</p> <p>Rôle du médecin chargé de la coordination dans l'organisation de la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs</p> <p>Article D344-5-5 5° CASF (<i>Le PE 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs</i>).</p>		<p>Le médecin généraliste réalise l'évaluation lors des admissions d'entrée.</p> <p>Le psychiatre réalise la fiche navette.entre les différents organismes et l'établissement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>Bilan médical général systématique à l'admission, et tracé</p> <p>Composante MPR</p> <p>Composante neuropsychiatrique</p> <p>Un bilan médical complet annuel est-il réalisé pour chaque usager ?</p> <p>Traçabilité ?</p> <p><u>Article D344-5-11 CASF</u> (L'équipe pluridisciplinaire2° Veille à l'actualisation de ce bilan dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)</p> <p>Mise à jour des dossiers médicaux ?</p> <p>Organisation de la mise à jour des données médicales figurant dans les DLU</p> <p><u>Article D344-5-8 CASF</u> (2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne)</p> <p>Les missions de surveillance médicale et technique des adaptations prothétiques et orthoptiques sont-elles réalisées ?</p> <p>Continuité de la prise en charge médicale pendant WE, congés, absences</p> <p>Médecins(s) prescripteur(s) et continuité de la fonction de prescription</p> <p>Combien de MT exercent sur la structure ? Répartition MT/résidents</p> <p>Interventions sur site ou extérieures ?</p> <p>Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché à la MAS ou extérieur ?</p>	<p>Oui</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p>	<p>Un bilan médical annuel est réalisé pour chaque usager.</p> <p>Aucun usager le jour de la mission d'inspection ne porte d'appareillage.</p>
	Un cabinet médical est-il présent dans la structure	Oui	Un bureau médical est contigu à l'infirmierie mais séparé par une porte fermant à clé.
3.8 Champ thérapeutique	<p>3.8.4. L'infirmierie</p> <p>Une infirmierie, distincte du cabinet médical est-elle présente dans la structure ?</p> <p>Où sont localisés les postes dédiés aux soins ?</p> <p>Accès pour les soignants</p> <p>Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ? Respect de la confidentialité ?</p> <p>L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?</p>	<p>Oui</p> <p>Choisir</p>	<p>Il n'existe qu'un seul poste de soin qui se trouve au RDC de la MAS et son accès est possible par une clé détenue par les médecins, les IDE et la cadre des soins.</p> <p>La pharmacie est une pièce fermée à clé qui se trouve en face de l'infirmierie. Les clés sont détenues par les médecins, les IDE et la directrice de soins.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Paillasse monobloc avec « coup de torchon » intégré,		Il existe un lavabo avec une paillasse sur laquelle reposent les ramequins propres servant au service de la compote facilitant la prise de médicament.
	Lave main avec robinet et savons commandés au coude	Non	
	Chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements.	Oui	L'ensemble de ce matériel est retrouvé dans le poste de soins, dans un tiroir dédié.
	Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique	Oui	
	Poste informatique relié au réseau avec imprimante	Oui	
	Réfrigérateur avec thermomètre (température tracée)	Oui	
	Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmerie ? Armoire contenant les médicaments hors PDA,sécurisation	Non	La pharmacie et le chariot de médicaments sont séparés dans une autre pièce.
	Dotation pour soins urgents	Oui	
	Trousse ou chariot d'urgence : Un ou plusieurs Accessibilité le jour Accessibilité la nuit	Oui	Le chariot d'urgence est dans le couloir au RDC vers le poste de soins.
	Armoire de stockage des piluliers hebdomadaires (livrés conditionnés sous blister)	Oui	Les piluliers sont livrés sont forme d'escargots.
	Coffre toxique et moyens de sécurisation	Non	<p>Le coffre à stupéfiant se trouve dans la pharmacie et s'ouvre avec des clés qui se trouvent dans une boîte à clés codée. Cependant le jour de la mission, dans le coffre à stupéfiant, un appareil photo et une enveloppe avec de l'argent se trouvaient mélangés avec le registre à stupéfiants, qui est actualisé, et de l' [REDACTED]™.</p> <p>Écart 17 : Les modalités de tenue du coffre, dédié uniquement aux stupéfiants, contreviennent à l'article R5132-26 du CSP.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Chariot médicament	Oui	Deux chariots à médicaments
	Matériel d'aspiration	Oui	Matériel d'aspiration présent mais sa puissance d'aspiration est insuffisante.
	DAE :où ?	Oui	Il se trouve sur le chariot d'urgence
	Bouteille O2	Oui	2 bouteilles d'O2 dans la salle où sont pratiqués les soins sous [REDACTED]™ et une bouteille pleine à l'arrière du chariot d'urgence et attachée
	Extracteur O2	Choisir	Pas d'extracteur d'O2.
	ECG	Oui	Un électrocardiographe est disponible dans la pièce à [REDACTED]™.
	Poubelle et container DASRI	Oui	
	Trombinoscope des résidents.	Oui	Chaque chariot de soins possède les trombinoscopes des usagers en fonction des unités
	Tableau de programmation des soins.	Oui	
	Annuaire des principaux correspondants (établissements de santé, garde médicale 14, LBM, pédicures)	Oui	
	Matériels de pesée <ul style="list-style-type: none"> – Balance debout – Chaise – Plateforme – Peson 		Une balance est retrouvée dans la pharmacie ainsi qu'un fauteuil de pesée dans le poste de soins.
	Tableau mural des retours des appels malades :ou le report des appel est fait directement vers les DECT des soignants.	Choisir	Il n'existe pas d'appel malade dans la MAS du fait du handicap des usagers.
	Consignes AES	Oui	Le kit est présent ainsi que le protocole.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>Existe-t-il une conduite à tenir en cas d'urgence vitale y compris la nuit ? = procédure validée, d'urgence, chariot d'urgence... ? <u>Article R4312-43</u> CSP (<i>IDE applique les protocoles médicaux</i>) <u>Article R4311-14</u> CSP (<i>En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable</i>). <u>HAS GUIDE D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap juillet 2017</u></p> <p>Le matériel pour faire face à une urgence (aspirateur mucosités/BAVU et O2) et le matériel pour prise des constantes sont-ils accessibles 24h/24h ? Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? <u>Article D344-5-6</u> CASF (<i>1° Matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales, dans l'attente de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent vers un établissement de santé</i>) ;</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation des matériels d'urgence ?</p>	Oui	L'ensemble du personnel a reçu la formation aux gestes et soins d'urgence.
	Dotation du chariot d'urgence ? Signée ? Mise à jour ?	Oui	
	Le chariot d'urgence est-il scellé ?	Oui	
	<p>Contenu du chariot d'urgence : Vérifié ? Absence de produits périmés ? <u>Article R4312-38</u> CSP (<i>L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption</i>)</p>	Oui	Le chariot d'urgence est vérifié mensuellement, pas de médicament périmés. Un cahier de surveillance est signé systématiquement à chaque vérification par les IDE.
	3.8.7. Les prises en charge		
3.8 Champ thérapeutique	<p>1.1.1.4. Les prescriptions de rééducation</p> <p>Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ?</p>	Partiellement	<p>Les prescriptions médicales pour les kinésithérapeutes sont présentes en revanche les prescriptions pour les ergothérapeutes sont absentes.</p> <p>Écart 18 : L'absence de prescriptions médicales pour les séances d'ergothérapie contrevient à l'article R.4331-1 du CSP.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>3.8.8. Les procédures et protocoles</p> <p>L'établissement a-t-il formalisé des protocoles de soins, procédures ou conduites à tenir dans diverses situations ; Procédures validées ? Les professionnels connaissent-ils ces protocoles de soin? Savent-ils les trouver ?</p> <p>Article D344-5-3 CASF (7° <i>Accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins</i>) ; Article R4312-43 CSP (<i>IDE applique les protocoles médicaux</i>) Article R4311-3 CSP (<i>Protocoles de soins infirmiers</i>) Article R4311-8 CSP (<i>L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers</i>). Article R4311-14 CSP (<i>En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable</i>). HAS GUIDE D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap. Juillet 2017</p>		L'ensemble des procédures et conduites à tenir sont retrouvés dans la GED.
	1.1.1.5. Le traitement de la crise épileptique		
	Procédure de décision de traitement Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie, HAS, décembre 2023		Concernant les crises d'épilepsie, une fiche personnalisée est retrouvée dans les pochettes de chaque usager notamment la nuit. Au jour de la mission, 14 usagers sont épileptiques.
	1.1.1.6. Le traitement de la douleur		
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur ²¹ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ?	Partiellement	L'évaluation de la douleur est retrouvée mais est principalement réalisée par les IDE et pas assez par les aides soignantes.

²¹ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Article L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) Article L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) Article R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier et douleur) Article D344-5-3 CASF (L'établissement 4° Porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique) ; Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999,		<div>Remarque 23 : L'évaluation de la douleur des usagers n'est pas assez développée chez les aides soignantes.</div>
	Gestion des douleurs identifiées : procédures et protocoles HAS, « Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux », 2017 Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance :déclinaison d'une charte, HAS, 2012.		La procédure relative à la prise en charge de la douleur est présente sous format papier et dans la Gestion des documents du logiciel [REDACTED]™.
	1.1.1.7. Les contentions		
	Existe-t-il une ou des procédures existantes concernant les contentions et matériels de prévention des chutes ? Prescription conforme RBBP ? Evaluation B/R régulière ?? Traçabilité dans les dossiers ? NB : l'annexe au contrat de séjour n'est pas opposable hors EHPAD, cf Article L311-4-1 et Article R311-0-5 Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, HAS, octobre 2018. Contention physique de la personne âgée, HAS, janvier 2010		Pas de contention constatée

3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	3.9.1. <u>Le circuit du médicament</u> Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ? 3.9.2. <u>Prescription</u>	Oui	Il existe une procédure du circuit du médicament mise à jour en janvier 2023.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Prescription : Distinction entre soins et aide à la vie courante</p> <p>Le libellé de la prescription médicale permet-il, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante</p> <p>Article L313-26 du CASF.</p> <p>R344-2 (2°) CASF</p> <p>Article L313-26 CASF (<i>aide à la prise/modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante</i>).</p> <p>Article R344-2 CASF (<i>Les MAS doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent : 3° Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies</i>).</p> <p>Article L5121-1-2 CSP (<i>Prescription en DCI</i>)</p> <p>Article R5132-3 CSP (<i>Règles de prescription</i>)</p> <p>Article R5132-4 CSP (<i>Commandes à usage professionnel, stock tampon, trousse d'urgence</i>)</p> <p>Article R5132-5 CSP (<i>Format particulier d'ordonnance pour les stupéfiants</i>)</p> <p>Article R5132-29 CSP (<i>Contenu des mentions si prescription de médicament stupéfiant</i>)</p> <p>Article R5132-30 CSP (<i>Limitation à 28j des prescriptions de stupéfiants</i>)</p> <p>Quels sont les moyens de transmissions des ordonnances de l'EHPAD à l'officine ?</p> <p>Article R4235-48 CSP (<i>Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament</i>).</p> <p>Article R5132-22 CSP (<i>première délivrance des médicaments relevant des listes I et II</i>)</p> <p>3.9.3. Commandes</p> <p>Commandes urgentes ?</p> <p>Modalités d'ajout d'un médicament et de préparation hors PDA ?</p> <p>3.9.4. Livraison</p> <p>Toute commande livrée en dehors de l'officine ne peut être remise qu'en paquet scellé.</p> <p>Article L5125-25 CSP</p> <p>Article R5125-47 CSP (<i>paquet scellé opaque au nom d'un seul patient dont la fermeture est telle que le destinataire puisse s'assurer qu'il n'a pas pu être ouvert par un tiers</i>).</p> <p>3.9.5. Dispensation</p>		<p>Il n'y a pas de distinction sur la prescription entre soins et aide à la prise car chaque médicament en journée et le soir est donné par une IDE systématiquement.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 24 : La mission n'a pas eu connaissance de procédure en cas de nécessité d'administration en urgence de médicaments la nuit.</p> </div> <p>L'officine a accès directement à l'ordonnance sur le logiciel [REDACTED] pour les commandes urgentes ou pour un complément d'une ordonnance.</p> <p>Les livraisons de médicaments sont réalisées le mardi et la vérification est faite le mercredi ou le jeudi.</p> <p>Les piluliers sont préparés pour 7 jours par l'officine sous forme d'escargots.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le rôle de pharmacien d'officine référent est juridiquement limité aux officines desservant des EHPAD</p> <p>Article L5125-1-1 A CSP (6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur)</p> <p>Article L5126-10 CSP (Conventions avec officine limitées aux EHPAD)</p>		Deux réunions par semestre sont organisées avec le pharmacien.
	<p>La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée par :</p> <p>L'officine en pharmacie ?</p> <p>Les IDE de la structure ?</p> <p>La fréquence de livraison des piluliers/PDA est-elle hebdomadaire ?</p> <p><i>Modalités de vérification de la livraison de la PDA ?</i></p> <p><i>Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ?</i></p> <p><i>Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ?</i></p> <p><i>La gestion de vérification de la PDA et la préparation de la distribution des médicaments sont réalisés par une IDE</i></p> <p>Article R4311-5 CSP (Rôle propre IDE4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; 5° Vérification de leur prise)</p> <p>Article R4311-4 CSP (Délégations par l'IDE)</p> <p>Article R4312-38 CSP (L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption).</p> <p>PDA</p> <p>La préparation / vérification des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	
	<p>3.9.6. Stockage</p> <p>Le stockage des médicaments se fait dans :</p> <p>Des armoires sécurisées ;</p> <p>Des chariots à médicaments sécurisées ?</p> <p>Existe-t-il un coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé ?</p>	<p>Choisir</p> <p>Choisir</p>	<p>Les médicaments sont stockés dans la pharmacie dans une armoire sécurisée fermant à clés.</p> <p>Les 2 chariots de médicaments sont sécurisés et placés dans la pharmacie une fois la distribution réalisée.</p> <p>Le coffre à stupéfiants, qui ferme à clé, se trouve dans une des armoires sécurisées de la pharmacie laquelle reste systématiquement fermée.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Y a-t- uniquement des médicaments stupéfiants dans le coffre dédié ? Article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 (armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à l'usage des stupéfiants) Registre pour tracer les entrées et sorties des stupéfiants Article. R5132-80 et R5132-36 du CSP. Substances vénéneuses Article R5132-26 CSP (Liste I : armoires ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre, à l'exception des substances dangereuses classées comme très toxiques ou toxiques, en application de l'article L. 5132-2. Liste II séparément de tout autre médicament, produit ou substance, à l'exception des substances classées comme nocives, corrosives ou irritantes, en application de l'article L. 5132-2. Article L5132-1 CSP (Définition des substances vénéneuses) Article L5132-6 CSP (Définition listes I et II</p> <p>Produits thermosensibles <i>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</i> OMEDIT Normandie La gestion des Produits de Santé Thermosensibles Décret n° 2009-718 du 17 juin 2009 relatif à la collecte et à la destruction des médicaments à usage humain non utilisés L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Elle est dédiée à ce type de médicaments ; R5126-109 CSP (dispositif de stockage dédié) </p> <p>- Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) et cet entretien est tracé ; - Son entretien est tracé ; - Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)</p>	<p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p>	<p>Les produits thermosensibles (suppositoire, vaccins, hormones thyroïdiennes...) sont stockés dans un réfrigérateur dédié . Le relevé de température est quotidien. En revanche, la feuille de relevé de nettoyage n'est pas remplie.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 25 : L'entretien de l'enceinte réfrigérée dédiée aux produits thermosensibles n'est pas tracé.</p> </div> <p>La commande des médicaments hors PDA est faite une fois par mois et par unité. Les besoins sont répertoriés nominativement et le retour de commande est fait dans la semaine.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Médicaments hors PDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stockage nominatif ? - Modalités de stockage <p>Dotation pour soins urgents</p> <p>Article R5126-108 CSP</p> <p>Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ?</p> <p>RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé (Flacon : page 42-6.3.2 / médicaments : page 82-11.1.1)</p> <p>3.9.7. Distribution et administration</p> <p>Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ?</p> <p>R.4311-4 CSP</p> <p>Article R4311-7 CSP (IDE : 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;</p> <p>Guide "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments" HAS 2022</p> <p>La délégation de la distribution des médicaments :</p> <p>Est procédurée ;</p> <p>Est réalisée par des professionnels réglementairement autorisés en présence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES, AMP,, AVS)</p> <p>OMéDIT IDF-Actes-possibles-d'aide-a-la-prise ESMS-PH que-dit-la-loi ?</p> <p>Habilités nominativement ?</p> <p>Formés</p> <p>Quid des anti épileptiques : protocole d'administration</p> <p>Quid des psychotropes si besoin la nuit ? Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ? notamment la nuit ?</p> <p>Quid des médicaments en format multi dose ou en goutte ?</p> <p>OMéDIT IDF</p>	<p>Choisir</p> <p>Choisir</p> <p>Choisir</p>	<p>Selon entretien, les médicaments sont administrés uniquement par les IDE sauf pour les besoins urgents la nuit. Une délégation de distribution a été mise en place ces derniers mois (CF les 14 habilitations). La liste nominative ne semble toutefois concerner que des professionnels de jour.</p> <p>En cas de crise d'épilepsie la nuit, une pochette par usager est disponible avec le DLU, le protocole spécifique mis en place par les médecins et les médicaments. Une astreinte réalisée par l'encadrement de l'établissement est joignable : un classeur d'astreinte regroupe tous les renseignements administratifs de l'usagers ainsi que sa dernière ordonnance médicamenteuse.</p> <p>Aucun médicament n'est broyé.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le broyage des médicaments est prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ?</p> <p>Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments</p> <p>OMéDIT IDF-« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022</p> <p>Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant)</p> <p>Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ?</p> <p>Quid des WE ?</p> <p>L311-3 1° CASF (sécurité résident)</p> <p>Article R4312-35 CSP (L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi).</p>		<div> <p>Écart 19 : L'accès aux données médicales nominatives des usagers dans le classeur d'astreinte par des professionnels non soignants contrevient à l'article L.1110-4 du CSP.</p> </div> <p>La traçabilité de l'administration des médicaments [REDACTED]™ est faite à posteriori avec l'ordinateur dans l'infirmerie.</p> <p>Les tablettes sur les chariots de soins n'ont pas été retenues du fait des usagers qui arrachent le matériel du support.</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les acteurs de soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	<p>La structure a-t-elle passé des conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Un ou des établissements de santé ayant un service d'urgence convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes. Article D344-5-6 CASF – Partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques. – – Un laboratoire d'analyse médicale 	<p>Choisir</p> <p>Choisir</p>	<p>D'après les entretiens, l'établissement a mis en place un partenariat avec l'hôpital de Pontoise et l'association [REDACTED] Cependant aucun document n'a été transmis à la mission.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – Un centre de radiologie – Une officine en pharmacie ? – <p>Cette convention est-elle complète ? Cf annexes suivantes existantes ? « Cahier des charges », « Fiche technique de la solution de PDA » et « Désignation du pharmacien référent » ne sont pas renseignées. Article R5126-112 CSP</p>	<p>Choisir</p> <p>Choisir</p>	<p>La mission n'a pas eu la transmission de la convention avec l'officine. Seuls les documents d'appel d'offre (y compris cahier des clauses techniques) ont été transmis.</p>

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

<u>Écart 1 :</u>	Le taux d'occupation de la MAS est en deçà des taux prévus dans le CPOM depuis 2022, même si une amélioration du taux d'occupation est palpable depuis quelques mois.	11
<u>Écart 2 :</u>	Le règlement de fonctionnement date de plus de 5 ans et fait référence à l'usage des anciens locaux de la MAS lorsque la capacité d'accueil n'était que de 24 personnes en hébergement permanent et 9 en externat. Cette situation contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	12
<u>Écart 3 :</u>	En l'absence d'élaboration du document unique de délégation, l'organisme gestionnaire contrevient à l'article D 312-176-5 du CASF, ce qui ne permet pas de définir les responsabilités notamment en matière de conduite et mise en œuvre du projet d'établissement, gestion des ressources humaines, gestion budgétaire et la coordination avec les partenaires extérieurs, et altère le bon pilotage de l'établissement.	20
<u>Écart 4 :</u>	Le secrétaire de séance, qui doit rédiger le relevé de conclusions de chaque séance, n'est jamais désigné dans les PV du CVS. Le relevé de conclusions des séances ne sont pas signés par le président du CVS. Cette situation contrevient à l'article D311-20 du CASF.	24
<u>Écart 5 :</u>	La mission constate que le règlement intérieur ne prévoit pas la présence des membres suivants dans la composition du CVS : un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; un représentant des bénévoles accompagnant les personnes accueillies et intervenant dans l'établissement ou le service ; le médecin coordonnateur de l'établissement ; un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. Cette situation contrevient à l'article D311-5 du CASF	25
<u>Écart 6 :</u>	Le rapport d'activité annuel 2023 du CVS n'a pas été élaboré. Cette situation contrevient à l'article D311-20 du CASF.	27
<u>Écart 7 :</u>	Les événements indésirables et les plans d'actions découlant de leurs analyses ne sont pas soumis au CVS. Cette situation contrevient à l'article R331-10 du CASF.	27
<u>Écart 8 :</u>	En ne proposant pas de moyens de communication adaptés pour chacun des résidents, l'établissement ne développe pas toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, et contrevient à l'article D 344-5-3 du CASF.	34
<u>Écart 9 :</u>	En l'absence de psychologue, la composition de l'équipe pluridisciplinaire est incomplète, ce qui contrevient à l'article D 344-5-13 du CASF.	42
<u>Écart 10 :</u>	Le taux de rotation élevé au sein de la MAS fragilise la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des usagers ainsi que les conditions de travail des professionnels (dans un contexte où plusieurs vacances de poste sont à déplorer), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (3°) du CASF.	46
<u>Écart 11 :</u>	L'absence de traçabilité systématique de l'évaluation de la douleur chez les usagers contrevient aux articles L.1110-5, L.1112-4 et R. 4311-2 5° du CSP et D.344-5-3 du CASF.	54
<u>Écart 12 :</u>	L'absence de bilans et d'évaluations kinésithérapiques tracés dans les dossiers individuels des usagers n'est pas conforme aux dispositions des articles R.4321-2 et -6 du CSP.	55
<u>Écart 13 :</u>	Les contrats de séjour des résidents sont rarement signés, ce qui ne permet pas de s'assurer de la participation de la personne accueillie, ou à défaut de ses proches ou du représentant légal, à l'élaboration du projet de prise en charge (objectifs et actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne) De surcroît, les contrats de séjour ne sont pas suffisamment détaillés sur les objectifs et proposition de prise en charge. Cette situation contrevient aux dispositions des articles L311-4 du CASF et D344-5-4 du CASF	63
<u>Écart 14 :</u>	La remise d'un livret d'accueil aux résidents n'a pu être confirmée lors des entretiens. Cette situation contrevient à l'article L311-4 du CASF.	64

<u>Écart 15 :</u>	Le livret d'accueil ne comprend ni la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ni le règlement de fonctionnement. Cette situation contrevient à l'article L311-4 du CASF.	64
<u>Écart 16 :</u>	Les usagers ne bénéficient pas de projets personnalisés de soins et d'accompagnement actualisés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L 311-3 et D344-5-11 du CASF.	67
<u>Écart 17 :</u>	Les modalités de tenue du coffre, dédié uniquement aux stupéfiants, contreviennent à l'article R5132-26 du CSP.	81
<u>Écart 18 :</u>	L'absence de prescriptions médicales pour les séances d'ergothérapie contrevient à l'article R.4331-1 du CSP.	84
<u>Écart 19 :</u>	L'accès aux données médicales nominatives des usagers dans le classeur d'astreinte par des professionnels non soignants contrevient à l'article L.1110-4 du CSP.	91

5.1. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	La rédaction du règlement de fonctionnement sur les conséquences des faits de violence sur autrui élude les éventuelles procédures administratives et judiciaires lorsque ces actes sont commis par d'autres personnes que les personnes accueillies.	13
<u>Remarque 2 :</u>	Le projet d'établissement, bien que valable jusqu'en 2025 s'avère caduc, non validé par la direction générale, non connu des professionnels et ne constitue pas un point de repère à l'action de ces derniers.	14
<u>Remarque 3 :</u>	L'absence d'organigramme propre à l'établissement ne permet pas de disposer d'une visibilité rapide de l'organisation en place, et ce d'autant plus que l'organigramme de site est purement hiérarchique avec une présentation s'arrêtant au niveau des directeurs adjoints.	16
<u>Remarque 4 :</u>	L'autonomie et les marges de manœuvre de la direction d'établissement ne sont pas clairement définies.	18
<u>Remarque 5 :</u>	L'allègement du temps de direction de la MAS dans un contexte de succession de directeurs et d'une instabilité de l'encadrement comporte des risques de fragilisation d'une structure qui connaît des difficultés depuis plusieurs mois, voire années (Cf rapport [REDACTED] de janvier 2023 sur les risques psychosociaux ; courriers des salariés au premier trimestre 2024).	19
<u>Remarque 6 :</u>	L'absence d'organisation formalisée des réunions des cadres de la structure (fréquence, composition, ordre du jour, compte-rendu) ne permet pas un pilotage efficace de la structure.	21
<u>Remarque 7 :</u>	Les représentants des salariés ne sont pas systématiquement présents au CVS.	26
<u>Remarque 8 :</u>	Les enquêtes de satisfaction annuelle ne sont pas réalisées de manière systématique dans l'établissement. Et les résultats de celles-ci ne sont pas affichées dans la structure.	28
<u>Remarque 9 :</u>	Le plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) n'est pas actualisé (pas de suivi des actions correctives). Le Projet d'établissement (2021-2025) contient des actions qui ne sont pas intégrées dans le PACQ. Les actions intégrées au PACQ n'ont pas d'échéancier.	30

<u>Remarque 10 :</u>	L'établissement est en mesure de justifier de la qualification de la majorité de son personnel, à l'exception de ■ AS dont ■ de nuit ■ AES et ■ moniteur éducateur.	44
<u>Remarque 11 :</u>	Plusieurs postes sont durablement vacants sur les fonctions soins et socio-éducatives, ce qui est susceptible de compromettre la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.	44
<u>Remarque 12 :</u>	L'absence de convention d'exercice avec les intervenants extérieurs ne permet pas de garantir l'adaptation des modalités d'intervention du professionnel libéral afin de garantir la qualité des prestations, ce qui contrevient à l'article D344-5-15 du CASF.	46
<u>Remarque 13 :</u>	L'absence, certains jours, de professionnels titulaires sur les unités de vie est susceptible de porter préjudice à la continuité et à la qualité de la prise en charge des résidents.	50
<u>Remarque 14 :</u>	En l'absence de fiches de poste, les professionnels sont amenés à réaliser les mêmes tâches alors qu'ils ont des qualifications différentes, contexte qui entraîne un décalage entre les tâches réalisées et les compétences.	50
<u>Remarque 15 :</u>	Le travail autour des projets éducatifs est obéré par l'absence de distinction entre les soignants et les éducatifs qui sont de fait tous dans l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne des résidents.	51
<u>Remarque 16 :</u>	Le registre unique du personnel est situé à Bordeaux et non dans l'établissement comme le prévoit le code du travail.	52
<u>Remarque 17 :</u>	Il n'existe pas de signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptée aux handicaps des personnes accueillies.	56
<u>Remarque 18 :</u>	Le faible taux de remplissage perdure depuis au moins un an et demi, ce qui interroge sur le processus d'admission.	60
<u>Remarque 19 :</u>	Il existe des discordances entre la procédure d'admission formalisée par écrit et celle présentée oralement, ce qui ne permet pas de disposer d'une visibilité sur les pratiques des admissions ni de garantir un traitement homogène pour l'ensemble des demandes d'admission.	61
<u>Remarque 20 :</u>	Aucune activité n'est proposée le mardi en raison des réunions de service. De plus, la participation des résidents aux activités est assez réduite (nombre de résidents peu élevé) certains jours de la semaine.	71
<u>Remarque 21 :</u>	Il n'existe pas de procédure d'évaluation et de réévaluation des risques de troubles de la déglutition. Le plan de formation 2023 et 2024 n'inclut pas la formation du personnel à la prévention des fausses routes	74
<u>Remarque 22 :</u>	Il n'y a pas de protocole ou de procédure portant sur le suivi de l'état nutritionnel des usagers. En dehors des pesées régulières, on note l'absence d'analyse du statut nutritionnel des usagers et de pilotage médical du suivi nutritionnel.	74
<u>Remarque 23 :</u>	L'évaluation de la douleur des usagers n'est pas assez développée chez les aides soignantes.	86
<u>Remarque 24 :</u>	La mission n'a pas eu connaissance de procédure en cas de nécessité d'administration en urgence de médicaments la nuit.	87
<u>Remarque 25 :</u>	L'entretien de l'enceinte réfrigérée dédiée aux produits thermosensibles n'est pas tracé.	89

6. Conclusion

L'inspection de la MAS Simone Veil (Finess 950009498) gérée par la fondation John Bost et située sur le site de la Clé pour l'autisme à Jouy le Moutier (95280) a été réalisée le 9 janvier 2025 à partir de la visite sur site, des entretiens effectués et des documents transmis par l'établissement. Le bâtiment dédié à la MAS hors les murs (10 places de service externalisé, c'est-à-dire accueil de jour avec prestations à domicile) a été visité mais la mission s'est focalisée sur le fonctionnement des 39 places en hébergement permanent.

La mission d'inspection a constaté un climat social qui s'apaise après une période de forte perturbation et une communication avec les familles qui s'améliore. Des éléments positifs dans le fonctionnement de l'établissement ont été notés dans les domaines suivants :

- Fonctions support
 - Gestion des RH : une attention est portée aux qualifications et diplômes des professionnels qui accompagnent les résidents. Un effort conséquent est consenti pour les formations des professionnels : des formations aux spécificités du public accueilli, à la gestion des comportements défis, à la bientraitance et aux formations obligatoires (AFGSU, incendie) sont régulièrement organisées. Les professionnels peuvent avoir accès à des formations diplômantes. La tenue régulière de séances d'analyses de pratiques par un intervenant extérieur pour les salariés et les séances de co-développement pour les cadres du site Jouy le Moutier constituent des points positifs et des actions de prévention de la maltraitance.
 - Gestion d'information : l'informatisation des dossiers de soins facilite la bonne transmission des informations.
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements : la sécurisation des locaux et le bionettoyage sont assurés. Le bâtiment de la MAS et le site de Jouy le Moutier (comprenant 10 bâtiments) sont sécurisés par des clôtures et des portes s'ouvrant avec un système de badge. Les locaux récents sont propres, et bien entretenus en dépit de travaux mineurs de maintenance à réaliser inhérents aux spécificités du public accueilli. De ce fait, les locaux sont dépouillés de décorations, et les matériels sont dans des placards fermés à clé.
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge : organisation des soins maitrisée et formalisée avec la présence d'un médecin généraliste et d'un psychiatre (qui a quitté l'établissement en février 2025), salariés et mutualisés sur le site CPA. Une chambre d'infirmerie est utilisée pour faciliter l'auscultation des résidents grâce à l'utilisation du [REDACTED]. La convention avec l'hôpital de Pontoise est en cours de révision pour faciliter l'accès aux urgences des résidents (réduction du temps d'attente, organisation spécifique). Un suivi des soins dentaires et des soins gynécologiques est assuré avec des intervenants spécialisés.

La mission d'inspection a néanmoins également relevé des dysfonctionnements en matière de :

- Gouvernance :
 - Un taux d'occupation, en dépit d'admissions récemment réalisées, qui reste bien en-deçà de la capacité autorisée, et ce depuis des années. Au moment de l'inspection [REDACTED] Cette situation est à mettre en lien avec une procédure d'admission floue et qui, sur le papier, est centralisée au niveau du siège de la fondation.
 - Les documents structurants pour le pilotage et le fonctionnement de l'établissement ne sont pas à jour : projet d'établissement, règlement de fonctionnement, règlement intérieur et composition du CVS.
 - Le pilotage n'est pas clair en l'absence de document unique de délégation formalisé et en l'absence d'organisation formalisée des réunions de cadres, ainsi qu'en l'absence d'organigramme sur l'établissement.
 - Il n'y a pas de délimitation claire des responsabilités et des compétences, que ce soit au niveau des postes d'encadrants qu'au sein des équipes (pas de fiche de poste, pas de distinction des tâches et missions en fonction des qualifications). Cette situation entraine 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.
 - Gestion de la qualité : le suivi du plan d'amélioration continue de la qualité est à consolider
- Fonctions support
 - Gestion des RH : 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
 - Respect du droit des personnes : Au regard de l'organisation dans l'encadrement des unités de vie, le projet, en particulier éducatif, n'est pas suffisamment investi et encore moins formalisé. Les projets personnalisés d'accompagnements ne sont pas formalisés ou réévalués. 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. La confidentialité des données médicales n'est pas suffisamment garantie. Les informations communiquées aux familles restent insuffisantes (livret d'accueil, contrat de séjour en particulier)
 - Soins : l'évaluation de la douleur n'est pas suffisamment tracée.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

Saint Denis, le 16 juin 2025,

Signé

Signé

Signé

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence régionale de Santé
AVS : Auxiliaires de vie sociale
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPA : Clé pour l'Autisme
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CVS : Conseil de la vie sociale
DAE : Défibrillateur automatisé externe
DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ES : Educateur spécialisé
ETP : Equivalent temps plein
HACCP : « Hazard Analysis Critical Control Point »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
ME : Moniteur éducateur
PAI : Projet d'accompagnement individualisé
PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité
PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins
PE : Projet d'établissement
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PH : Personne porteuse d'un handicap

PMR : Personnes à mobilité réduite

PPSA : Projet personnalisé de soins et d'accompagnement

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Madame [REDACTED], inspectrice
de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale
autonomie santé, ARS Île-de-France

Madame [REDACTED], inspectrice désignée
Par le Directeur général de l'ARS Île-de-France,
Inspection régionale autonomie santé, ARS IDF

Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action
sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie
santé, ARS Île-de-France

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

Saint Denis, le 7 janvier 2025

Objet : Lettre de mission d'inspection

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

La maison d'accueil spécialisée (MAS) « Simone Veil », située 49 rue des Valanchards à Jouy Le Moutier (95280), FINESS ET n° 95000948, gérée par la fondation « John Bost », est autorisée pour l'accueil et l'accompagnement spécialisé de personnes adultes autistes et dispose de 39 places d'hébergement complet en internat et de 10 places de service externalisé (accueil de jour et prestations à domicile).

Cet établissement, qui fait l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été inscrit dans la programmation de ces contrôles à la demande de la Délégation départementale du Val d'Oise en raison :

- De la réception de plusieurs déclarations d'événements indésirables graves et dysfonctionnements adressés à l'ARS par l'établissement en 2023 et 2024, portant sur des suspicions de maltraitance, une situation conflictuelle avec une famille à la suite de la découverte d'un hématome sur le bras de leur proche et une erreur médicamenteuse ayant entraîné un probable déficit fonctionnel ;

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

- D'une rotation à rythme rapide du personnel de direction de l'établissement et du site.

Dans ce contexte, sur le fondement de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, j'ai décidé de diligenter une inspection de la MAS « Simone Veil » qui a notamment pour objet de contrôler :

- La politique de bientraitance et de prévention de la maltraitance ;
- La gouvernance
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- La gestion des ressources humaines ;
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents ;
- Le respect des dispositions réglementaires et bonnes pratiques applicables permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux usagers.

La mission d'inspection est constituée de l'équipe suivante :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale¹, Inspection régionale autonomie santé (IRAS), ARS Île-de-France, coordonnatrice de la mission ;
- Madame [REDACTED] kinésithérapeute et chargée d'inspection, inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France², IRAS, ARS Île-de-France ;
- Monsieur [REDACTED] inspecteur de l'action sanitaire et sociale³, IRAS, ARS Île-de-France.

L'inspection débutera à compter du 9 janvier 2025 à 9 h 00 et comprendra un contrôle sur site et sur pièces.

Conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, les agents peuvent recueillir tout renseignement ou tout document nécessaire à ce contrôle. En outre, la mission d'inspection mène des entretiens avec les personnes qu'elle estime nécessaire de rencontrer.

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.

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

Je notifierai les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

Agence Régionale de Santé Île-de-France
La Directrice Générale Adjointe

[REDACTED]
Sophie MARTINON

Denis ROBIN

¹ Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP).

² Article L.1435-7 du Code la santé publique (CSP)

³ Article L.1421-1 du CSP

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

Jeudi 9 janvier 2025
Inspection de la MAS Simone Veil

Liste des documents demandés

A) Documents à remettre immédiatement (en version papier et numérique) :

N°	Nature du document demandé	N ex	Remis papier O/N	Commentaire
1	Liste nominative des usagers avec <u>n° chambre</u> , date de naissance, date d'entrée		OUI	
2	Organigramme de la MAS		NON	
3	Planning nominatif et fonction des salariés pour les mois de novembre, décembre 2024 et début janvier réalisés, dont vacataires (CDD courts) et intérimaires prévus. Jour et nuit avec signification des sigles et codes utilisés		OUI	
4	Liste nominative des salariés présents ce jour et la nuit précédente, avec précision lieu d'affectation		NON	Remise de la Liste du personnel CDI
5	Liste nominative indiquant le médecin traitant de chaque résident		NON	
6	Planning des astreintes administratives pour le mois d'octobre et de novembre 2024		OUI	
7	Plan des locaux		NON	

B) Documents à mettre à disposition pour une consultation sur place :

N°	Document à consulter	Accès aux documents O/N	<u>commentaires</u>
8	Dossiers administratifs des usagers dont contrat de séjour	<u>oui</u>	
9	PVI des usagers	<u>oui</u>	
10	Dossiers RH des salariés CDI, CDD/vacataires	PAS INVESTIGUE	
11	Liste nominative des personnels employés via de sociétés d'intérim pour les mois de juillet à octobre 2024 et dates d'intervention. Factures	PAS INVESTIGUE	
12	Registre/fichier de recueil à partir du 01/01/2024 : a) des réclamations et des doléances des usagers et des familles b) des événements indésirables	PAS INVESTIGUE SUR PLACE	
13	Dossiers de transmission soignante (art D344-5-9 CASF)	<u>oui</u>	
14	Cahier de transmission de l'équipe soignante pour décembre 2024	<u>oui</u>	
15	Fiche de traçabilité du contrôle des piluliers, chariot d'urgence, stock tampon, réfrigérateur	<u>oui</u>	
16	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins	<u>oui</u>	
17	Liste nominative des usagers avec prescription de contention	?	Non appliqué ??

C) Documents à remettre sur place en fin de journée en format si possible numérique

N°	Nature du document demandé	Remis O/N	Commentaires
18	Liste de tous les protocoles et procédures de soins	NON	Transmission des protocoles
19	Liste nominative des usagers avec régime et type de régime	OUI	
20	Liste des chambres équipées de rails lève/personnes	NON	
21	Inventaire des matériels de levage et de pesée	NON	
22	Inventaire des dispositifs de contention	NON	
23	Fiches de tâches horaires des IDE, AS/AMP/AES/ AVS et ASH de jour et de nuit	NON	

D) Documents à transmettre après la visite au plus tard le lundi 20 janvier 2025 :

N°	Nature du document demandé	Document transmis O/N	Commentaire
24	Comptes rendus du comité social et économique (CSE) 2023 et 2024	PARTIEL	OK pour 2023 (11CR) mais 1 seul CR de février pour 2024
25	Liste des représentants du personnel	OUI	
26	Projet associatif	OUI	
27	Organigramme général de l'association	OUI	Plus organigramme du site
28	Qualification et diplôme du directeur	OUI	Directeur de transition
29	Document unique de délégation du directeur	NON	
30	Fiche de poste ou de mission du directeur et des directeurs adjoints	PARTIEL	Annonces directeur et DA soins plus lettre mission directeur transition
31	Documents subdélégations du directeur aux cadres/salariés	NON	
32	Diplômes des directeurs adjoints	OUI	
33	Modalités d'organisation de la permanence de la fonction de direction en cas d'absence du directeur (procédures, calendrier/tableau des astreintes de direction de juillet à octobre 2024)	OUI	
34	Projet d'établissement de la MAS en vigueur	OUI	
35	Règlement de fonctionnement	OUI	
36	Comptes rendus des réunions d'équipe de direction 2024	NON	
37	Compte-rendu des réunions de coordination et revues de dossiers individuels des usagers	NON	
38	Registre unique du personnel -Tableau des personnels salariés : nom, âge ou DDN, date du recrutement et de sortie, nature des contrats de travail et fonctions exercées, ETP (en format Excel)	PARTIEL	Format PDF
39	Taux d'absentéisme par motif et de rotation du personnel 2023 et 2024	OUI	Présentation mensuelle sur tous les établissements
40	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	NON	
41	Bulletins de salaires octobre, novembre, décembre 2024	OUI	
42	Copie des diplômes des personnels figurant à l'effectif et/ou au planning soins et éducatifs pour le mois d'octobre (y compris vacataires en CDD court)	OUI	Complétude ?
43	Plans de formation 2023 et 2024 et liste des formations effectivement réalisées en 2024 avec documents probants (réalisation, liste d'émargement ou de présence)	OUI	En format PDF
44	Pour les salariés : contrats de travail des médecins, de la cadre IDE, des IDE, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute	OUI	
45	Pour les soignants libéraux : contrats d'exercice libéral	OUI	Pour ergothérapeute
46	Rapport d'évaluation externe	OUI	
47	Rapport d'évaluation interne	NON	
48	Plan d'amélioration continu de la qualité (format Excel)	NON	
49	Protocole de signalement interne des événements indésirables à l'attention des salariés	OUI	Procédures siège 2020

50	Protocole de déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables graves aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	OUI	Procédure siège décembre 2019
51	Résultat de la dernière enquête de satisfaction	NON	
52	Convention avec la ou les pharmacie-s d'officine livrant les médicaments	NON	Transmission du cahier des clauses administratives particulières et CCTP (clauses techniques) dans le cadre de l'appel d'offre
53	Livret d'accueil des usagers, trame vierge du contrat de séjour	OUI	
54	Procédure d'admission des usagers	OUI	Procédure siège de 2010
55	Procédure de sortie des usagers	NON	
56	Procédure d'élaboration du projet d'accompagnement individualisé	NON	
57	Trame vierge des projets accompagnement individualisé	OUI	Y compris trame outil Baromètre
58	Calendrier 2024 d'actualisation des projets accompagnement individualisé	NON	
59	Liste des activités proposées avec la fiche d'activité présentant les objectifs socio-éducatifs visés et plannings	OUI	Uniquement liste d'activité et trame planning individuel activité
60	Comptes rendus des CVS 2023 et 2024	OUI	
61	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS) et le rapport d'activité du CVS 2023 et 2024	OUI pour RI	Pas de rapport d'activité
62	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [PRENOM-NOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS). Le PV du résultat des dernières élections du CVS	OUI	Pas de PV des élections
63	Liste exhaustive des protocoles de soins dont ceux relatifs au circuit du médicament	OUI	
64	Procédure relative au traitement de la douleur	OUI	
65	Procédure relative au suivi diététique et nutritionnel des usagers	NON	Transmission des équivalences portions plats et fruit et mixés.
66	Liste anonymisée des régimes et des textures	PARTIEL	Transmission du nombre de régimes par type
67	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	NON	
68	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel éducatif	NON	
69	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	NON	
70	Procédure d'accueil des nouveaux salariés (livret du niveau salarié)	NON	Beaucoup de documents transmis mais qui relèvent de la gestion RH à l'arrivée d'un nouveau salarié (transmission des documents et informations)
71	Conventions entre l'EHPAD et structures extérieures au titre de la continuité des soins : - Etablissements de santé - - Services ou secteurs de psychiatrie - Réseaux - Centres de référence	NON	

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

- La directrice du site CPA par intérim (au moment de la visite)
- La responsable qualité du site
- Le directeur de transition de la MAS
- Le directeur par intérim de la MAS
- Les directeurs adjoints éducatifs et de soins de la MAS
- Une IDE
- Des AS et AES
- Deux maitresses de maison
- Deux éducateurs spécialisés et sportifs
- Présidente du CVS



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr