

Délégation départementale de Seine-et-Marne

Département de l'Autonomie

Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) PAVILLON ROYAL
301 allée du Pavillon Royal – 77176 NANDY
FINESS ET n°770002988

RAPPORT D'INSPECTION
N°2025_IDF_00062
Contrôle sur place le 09 JUILLET 2025

Mission conduite par :

- [REDACTED] coordinatrice de la mission, Délégation départementale de Seine-et-Marne, ARS Île-de-France,
- [REDACTED] délégation départementale de Seine-et-Marne, ARS Île-de-France
- [REDACTED] délégation départementale de Seine-et-Marne, 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	9
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	9
1.1.1. Le régime juridique de la structure	9
1.1.2. L'autorisation	9
1.1.3. La population accueillie	10
1.1.4. Le CPOM	10
1.2. Management et Stratégie	10
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	10
- Périodes d'ouverture de l'établissement	11
Article D344-5-7 (MAS/FAM)	11
1.2.2. Le projet d'établissement (PE)	11
1.2.3. Le projet d'établissement : contenu	12
1.2.4. Le plan bleu	12
1.2.5. L'organigramme	14
1.2.6. Relations entre le gestionnaire et le directeur	15
1.2.7. Directeur : contrat et fiche de poste	15
1.2.8. Directeur : qualifications	15
1.2.9. Le remplacement de la direction	15
1.2.10. Les délégations au directeur	16
1.2.11. Les subdélégations du directeur	16
1.2.12. Les CODIR / COMEX / COPIL	16
1.2.13. Les astreintes administratives	16
1.2.14. Les astreintes techniques	16
1.2.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	16
1.2.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	17
1.2.17. Les conflits entre direction et salariés	17
1.2.18. Les affichages	18
1.3. Animation et fonctionnement des instances	18
1.3.1. Le CVS	18
1.3.2. Les enquêtes de satisfaction	20
1.4. Gestion de la qualité	20
1.4.1. La direction	20
1.4.2. Le responsable qualité	21
1.4.3. Les professionnels référents	21
1.4.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	21
1.4.5. L'auto-évaluation	21
1.4.6. L'évaluation externe	22
1.4.7. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	22
1.4.8. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	23
1.4.9. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels	24
1.4.10. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)	25
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	26
1.5.1. La direction	26
1.5.2. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	26
1.5.3. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	26
1.5.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	27
1.5.5. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	28
2. Fonctions support	29
2.1. Gestion des ressources humaines	29
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	29
2.1.2. Qualifications	31
2.1.3. Les postes vacants sur la structure	31
2.1.4. Les contrats de travail	31
2.1.5. Le taux d'absentéisme des professionnels	32
2.1.6. Le taux de rotation des professionnels	32
2.1.7. Les dossiers administratifs des professionnels	32
2.1.8. Les intervenants/prestataires externes	34
2.1.9. Le plan de formation des professionnels	34
2.1.10. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	35
2.1.11. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	36
2.1.12. L'organisation générale du planning des professionnels	36
2.1.13. Les plannings des professionnels	36

2.1.14.	Analyse des plannings	37
2.1.15.	Les fiches de poste des professionnels	37
2.1.16.	Les glissements de tâches	38
2.2.	Gestion d'information	38
2.2.1.	Le registre unique du personnel (RUP)	38
2.2.2.	Le support et le contenu des dossiers des usagers	39
2.2.3.	La complétude des dossiers médicaux	40
2.2.4.	Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers	41
2.2.5.	Le dossier de soins	42
2.2.6.	Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux	42
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	42
2.3.1.	L'état général du bâtiment	42
2.3.2.	Le suivi des réparations	42
2.3.3.	L'accessibilité PMR des locaux	43
2.4.	Locaux et équipements	43
2.4.1.	Fonctionnalité et hygiène des locaux	43
2.4.2.	Les chambres	44
2.4.3.	La circulation dans les locaux	44
2.4.4.	La salle d'apaisement	44
2.5.	Sécurités	44
2.5.1.	Les déchets associés aux soins à risques infectieux (DASRI)	44
2.5.2.	Les vaccinations des usagers	45
2.5.3.	Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle	45
2.5.4.	L'aide à la prévention des chutes	45
2.5.5.	La prévention des fugues	45
3.	Prises en charge	46
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	46
3.1.1.	L'admission	46
3.1.2.	Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »	47
3.1.3.	Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour	48
3.1.4.	Le livret d'accueil	48
3.1.5.	Les médecins traitants	49
3.1.6.	Les transmissions inter équipes	49
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	50
3.2.1.	Les outils d'évaluation	50
3.2.2.	Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :	50
3.3.	Respect des droits des personnes	51
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	51
3.3.2.	L'identification des usagers (identitovigilance)	51
3.4.	Vie sociale et relationnelle	51
3.4.1.	Relations avec les familles	51
3.4.2.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	52
3.5.	Vie quotidienne	52
3.5.1.	Le transport des usagers	52
3.5.2.	Les activités	53
3.6.	L'hébergement, internat	53
3.6.1.	Le suivi de l'hygiène corporelle	53
3.6.2.	Les changes	53
3.6.3.	Le circuit du linge	54
3.7.	L'alimentation	54
3.7.1.	La conception des repas	54
3.7.2.	Les salles de restauration	55
3.7.3.	Les régimes, textures	56
3.7.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	56
3.7.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	56
3.8.	La dispensation des soins	57
3.8.1.	L'organisation des soins	57
3.8.1.1.	L'organisation des soins définie par le PE	57
3.8.1.2.	Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante	58
3.8.1.3.	Cadre IDE	59
3.8.2.	Plannings et continuité des soins	59
3.8.3.	Missions médicales	62
3.8.4.	Psychologue	63
3.8.5.	L'infirmerie	64

3.8.6.	La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	65
3.8.7.	Gestion des urgences médicales	66
3.8.8.	Les prises en charge	67
3.8.8.1.	Les prescriptions médicales	67
3.8.8.2.	Les prescriptions de rééducation	67
3.8.8.3.	Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...)	68
3.8.9.	Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	68
3.8.10.	Les procédures et protocoles	68
3.8.10.1.	Le traitement de la crise épileptique	69
3.8.10.2.	La prévention des escarres	69
3.8.10.3.	Le traitement de la douleur	70
3.8.10.4.	Les contentions	70
3.8.10.5.	La gestion des épisodes de violence entre usagers	70
3.8.11.	Les accompagnements	70
3.9.	Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	71
3.9.1.	Le circuit du médicament	71
3.9.2.	Prescription	71
3.9.3.	Commandes	71
3.9.4.	Livraison	71
3.9.5.	Dispensation	72
3.9.6.	Stockage	72
3.9.7.	Distribution et administration	74
4.	Relations avec l'extérieur	75
4.1.	Environnement	75
4.1.1.	Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)	75
4.2.	Coordination avec les acteurs de soins	75
5.	Récapitulatif des écarts et des remarques	76
5.1.	Écarts	76
5.2.	Remarques	81
6.	Conclusion	84
7.	Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	85
8.	Annexes	86
Annexe 1	Lettre de mission des agents chargés du contrôle	86
Annexe 2	Liste et relevé des documents demandés	89

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé la MAS Pavillon Royal parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans une catégorie de risque modéré.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, par l'ARS.

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 suivantes :

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

L'accueil fait à la mission par les professionnels de la MAS a été de qualité. Les locaux ont été rendus accessibles rapidement, ainsi que les outils numériques et l'ensemble des pièces souhaitées.

Le directeur de la structure était absent (congé) et était représenté par la directrice [REDACTED] établissement également géré par le groupe SOS Solidarités.

Durant la visite de l'établissement, la mission a été témoin de l'attitude pouvant être qualifiée de maltraitante d [REDACTED] à l'encontre d'un usager, signalée au chef de service.

La mission déplore qu'aucun membre de la direction générale de l'organisme gestionnaire ne soit venu à sa rencontre lors de cette inspection.

La directrice nationale handicap de SOS solidarités en poste le 21 juillet 2025 a entamé la procédure d'éloignement ainsi que le travail sur la bientraitance au sein de l'établissement Pavillon royal.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Pavillon Royal » située 301 allée du Pavillon Royal à NANDY (77176), FINESS ET n°770002988, gérée par le groupe « SOS-SOLIDARITES » est autorisée pour l'accueil et l'accompagnement spécialisé de personnes en situation complexe de handicap et dispose de 17 places multimodales (hébergement permanent, hébergement hors les murs, accueil de jour, milieu ordinaire, à temps complet ou à temps partiel) fonctionnant en plateforme de services coordonnés.

Cet établissement, qui fait l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été inscrit au programme 2025 d'inspection de l'ARS à la demande de la délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne en raison :

- De l'absence de déclarations d'événements indésirables et dysfonctionnements adressés à l'ARS par l'établissement entre 2021 et 2024 ;
- D'un taux de rotation du personnel élevé ;
- De réclamations récentes de familles d'usagers portant sur la qualité de la dispensation des soins, correspondant dans plusieurs cas aux déclarations faites par l'établissement ;
- Des constats formulés lors de la visite de conformité du 28 novembre 2024.

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 d'Île-de-France a décidé de diligenter une inspection de la MAS « Pavillon Royal » 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 la délégation départementale de Seine-et-Marne de l'ARS Île-de-France, seule compétente pour la délivrance des autorisations de fonctionnement des MAS.

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- [REDACTED] et coordinatrice de la mission, délégation départementale de Seine-et-Marne, ARS Île-de-France ;
- [REDACTED] délégation départementale de Seine-et-Marne, ARS Île-de-France ;
- [REDACTED] délégation départementale de Seine-et-Marne, ARS Île-de-France.

Le contrôle a été réalisé sur site le 09 juillet 2025 de manière inopinée². La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en annexe 2.

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

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

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

² Sans annonce préalable à l'établissement

Présentation de l'établissement inspecté :

L'établissement dont la raison sociale est

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	GROUPE SOS SOLIDARITES
Adresse de l'organisme :	102 C rue Amelot
Complément :	
Code postal et Ville :	75011 PARIS
Site internet	https://www.groupe-sos.org/structure/mas-pavillon-royal/
Nombre d'ESSMS gérés	1000 établissements et services répartis sur le territoire national et international

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	301 allée du Pavillon Royal
Complément :	
Code postal et Ville :	77176 NANDY

Type de structure			
Type d'établissement / service :	[255] – M.A.S.		
Date d'ouverture :	11/12/2002		
Numéro FINESS :	Géographique :	770002988	Juridique : 750015968
Statut juridique de l'entité juridique	[61] – association Loi 1901 Reconnue d'utilité publique		
Option tarifaire :	[57] – ARS/ARS PCD Dotation forfait ou prix de journée globalisé		
Date du CPOM (mm/aaaa) :	2019-2023, prorogé le 02/10/2023 par avenant le 02/10/2023. Les négociations sont en cours pour le renouvellement du CPOM pour la période 2025-2029		
Présence d'une PUI ³ :	Non		

La MAS dispose d'une autorisation (arrêté n° 2024-320) permettant l'accueil et l'accompagnement spécialisés de personnes adultes en situation complexe de handicap de 17 places toutes modalités : dans le cadre d'un fonctionnement en plateforme de services coordonnés.

La MAS « Pavillon royal » est organisée en un seul bâtiment de plain-pied qui jouxte l'IME « Pavillon royal » localisé sur le même site.

Le budget de fonctionnement est de [REDACTED]

Constats

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

³ PUI : Pharmacie à usage intérieur

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. Le régime juridique de la structure Le statut juridique de la structure est-il conforme ? <u>L312-1 (2°) CASF</u> (est un ESMS)	Oui	La maison d'accueil spécialisée Pavillon Royal est un établissement médico-social. Cet établissement est géré par le groupe SOS Solidarités qui est une association privée à but non lucratif.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. L'autorisation L'autorisation est-elle en cours de validité ? <i>DI, DM, DP : <u>L313-1 (1° et 4°) du CASF</u> (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation. Respect des objectifs du CPOM</i>	Oui	L'arrêté n°2024-320 du 25 octobre 2024, la MAS « Pavillon Royal » fixe une capacité d'accueil à 17 places pour adultes en situation de handicap complexe bénéficiant d'une orientation en MAS toutes les modalités d'accueil et d'accompagnement : à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement et en milieu ordinaire dans un fonctionnement en plateforme de services coordonnés. Nombre de personnes accueillies le jour de l'inspection : ■ personnes. Chaque usager accueilli ne bénéficie que d'une seule modalité d'accueil. Les ■ nouvelles personnes admises suite à l'extension d'autorisation sont accompagnées sur une seule modalité d'accueil et sans contrat de séjour (ces ■ personnes étaient prises en charge à l'IME Pavillon Royal). La liste des personnes accueillies transmise par l'établissement fait état de ■ dossiers. Seuls ■ dossiers médicaux sont recensés dans le logiciel de soins. Pour rappel, un fonctionnement en plateforme doit permettre l'accompagnement en file active de 120% de la capacité soit minimum 20 personnes.
	L'autorisation de la structure est-elle respectée ?	Non	Le mode de fonctionnement en plateforme de services coordonnés n'est pas encore constaté. Écart 1 : En ne fonctionnant pas en plateforme de services coordonnés, en file active toutes modalités d'accompagnement pour chaque usager, l'établissement contrevient à l'arrêté d'autorisation.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. La population accueillie La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ? <u>D312-0-3 (I) CASF (ensemble des publics autorisés ESMS PH)</u> <u>Article D344-5-1 & Article D344-5-2 (MAS/FAM)</u>	Oui	L'ensemble des personnes accueillies et présentes au sein de l'établissement bénéficie d'une orientation en MAS. Les [REDACTED] personnes accueillies suite à la nouvelle autorisation ont été préalablement identifiées dans le cadre de la commission de préadmission et leur profil est conforme à l'arrêté d'autorisation.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. Le CPOM Un CPOM est-il en cours de validité ? <u>L313-11 CASF (définition CPOM)</u>	Oui	Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen régional (CPOM) 2019-2023 a fait l'objet d'un avenant de prorogation jusqu'au 31 décembre 2024. Le CPOM 2026-2030 est en cours de négociation.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. Le règlement de fonctionnement	Partiellement	Il existe un règlement de fonctionnement, datant du 06/02/2025. Néanmoins, des informations non actualisées y figurent, comme l'existence d'une balnéothérapie (par exemple), désignée comme hors d'usage lors de la visite. L'établissement n'a pas le projet de la remettre en fonctionnement en raison du coût qu'elle représente en termes de maintenance.
	Le règlement de fonctionnement existe-t-il ? <u>L311-7 CASF</u> (définition règlement de fonctionnement)		
	Date-t-il de moins de 5 ans ? <u>R311-33 CASF</u> (révision du RF au moins tous les 5 ans)	Non	Ce document a été mis à jour à la marge, consécutivement à l'arrêt de fonctionnement en plateforme de services coordonnés de 2024. Exemple : dès le 2nd paragraphe, il est indiqué que la MAS accueille ■■■ personnes, ce qui n'est pas conforme à l'autorisation actuelle de l'établissement, autorisé pour ■■■ places toutes modalités d'accompagnement.
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ? <u>L311-7 CASF</u> (règlement de fonctionnement, consultation CVS)	Non	Le document ne comporte pas de date de présentation au CVS : il n'est donc pas possible de garantir que cette instance a réellement été consultée préalablement à l'édition du règlement de fonctionnement.
	Est-il remis aux usagers et professionnels ? <u>L311-4 al 3 CASF</u> (règlement de fonctionnement en annexe du livret d'accueil et remis aux usagers ou à leur représentant) <u>R311-34 CASF</u> (règlement fonctionnement remis aux usagers et professionnels)	Non	Durant la visite ■■■ dossiers de personnes accueillies ont été sondés : aucun ne comporte d'élément permettant de démontrer que le règlement de fonctionnement a été remis.
	Est-il affiché dans l'établissement ? <u>R311-34 CASF</u> (affichage et remise du règlement fonctionnement)	Non	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'établissement et les différents panneaux d'affichage présents dans l'établissement n'y font pas référence.
	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	Un paragraphe y est consacré en page 6
	- 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 ;	Non	Les conditions d'accès aux différents locaux ne sont pas clairement énoncées, et en particulier pour ce qui concerne les locaux à usage privé. Lors de la visite d'inspection, il a été constaté que les chambres étaient fermées en journée, dès lors que la personne ne s'y trouve plus. Les personnes en capacité d'en faire la demande peuvent utiliser une clé en carton installée à côté de la porte pour exprimer le souhait d'aller dans leur chambre. L'accès à ces locaux n'est pas décrit pour ce qui concerne les familles et les différents prestataires.
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	Page 11
	- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	Oui	Un paragraphe y est consacré en page 11
	- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées.	Oui	Un paragraphe y est consacré en page 8
	<u>R311-35 CASF (contenu RF)</u>		
	- Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur	Partiellement	Elles sont décrites en page 10 : il est ainsi précisé que les transports entre la MAS et le domicile et entre le domicile et la MAS sont à la charge de l'établissement. Des transferts ou séjours peuvent également être organisés par l'établissement, durant lesquels les transports sont assurés par le personnel de l'établissement. En revanche, les prestations à l'extérieur de l'établissement ne sont pas décrites.
	<u>R311-36 CASF (contenu RF)</u>		
	- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;	Oui	Elles sont mentionnées en page 12
	- Les conséquences de violence sur autrui ;	Oui	Elles sont mentionnées en page 14
	- Les prescriptions d'hygiène de vie ;	Oui	Elles sont mentionnées en page 13 spécifiquement pour l'hygiène corporelle et vestimentaire
	- Périodes d'ouverture de l'établissement	Oui	Le règlement de fonctionnement précise que l'établissement est ouvert 365 jours par an, sans interruption.
	<u>Article D344-5-7 (MAS/FAM)</u>		
			Écart 2 : Le règlement de fonctionnement est partiellement mis à jour et n'apporte pas la preuve de la consultation du CVS avant sa publication. Il n'est pas affiché dans l'établissement et n'est pas remis aux usagers, ce qui contrevient aux dispositions des articles L.311-4 al 3 et R.311-34 du CASF
	1.2.2. Le projet d'établissement (PE)		
	Le projet d'établissement existe-t-il ?	Non	Le projet d'établissement n'a pas été actualisé. Ce point a été souligné lors de la visite de conformité, qui a fixé l'échéance du 1er décembre 2025 pour la réalisation de ce projet.
	<u>L311-8 du CASF (PE obligatoire en ESSMS)</u>		Au jour de l'inspection, la mission n'a pas constaté l'existence d'un calendrier de travail relatif au projet d'établissement. Les professionnels interrogés ne semblent pas informés d'un travail à venir et les informations recueillies auprès d'eux sont confuses : il est impossible d'affirmer que les groupes de travail relatifs au projet d'établissement sont passés ou à venir. En tout état de cause, durant les entretiens, les professionnels n'étaient pas au fait des groupes de travail auxquels ils sont censés contribuer.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le projet d'établissement est-il en cours de validité ? <i>L311-8 du CASF (contenu PE tous les 5 ans)</i>	Non	Le projet d'établissement transmis est celui du mois de juin 2014 pour la période 2013-2018. Il n'est donc pas valide.
	Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ? <i>D311-38-4 CASF (PE transmis aux autorités)</i>	Non	En l'absence de projet d'établissement en cours de validité, il ne peut être transmis à l'ARS, autorité compétente.
	Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ? <i>L315-17 CASF (missions directeur PE et son évolution)</i>	Non	L'absence de projet d'établissement, déjà relevée lors de la visite de conformité du mois de novembre 2024, ainsi que l'absence de calendrier de travail relatif à sa mise à jour ne permettent pas d'affirmer que la direction veille à son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation.
	Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ? <i>D311-38-4 CASF (PE consulté par CVS)</i>	Non	La consultation du CVS n'est pas évoquée.
	Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ? <i>D311-38-4 CASF (PE affiché)</i>	Non	Au-delà de l'absence de projet d'établissement actualisé, la mission d'inspection n'a pas relevé de trace de son affichage dans l'établissement ni d'information permettant de savoir à quel endroit le projet d'établissement est consultable. Écart 3 : L'absence de projet d'établissement à jour contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. Le projet d'établissement : contenu	Non	Le projet d'établissement est obsolète et est en conséquence considéré comme inexistant. Néanmoins, l'établissement a communiqué une procédure d'élaboration et de pilotage du projet d'établissement ou de service qui décrit à la fois le contenu attendu et la méthodologie à respecter, tant en termes d'organisation que de consultation et de calendrier. Le document transmis est une trame de travail qui n'est pas le document attendu. Cf écart constaté au point de contrôle 1.2.1.
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. Le plan bleu Le plan bleu existe-il ? <i>L311-8 CASF (ESSMS-plan de PEC en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins)</i> <i>Arrêté du 12 février 2024 fixant la liste des établissements et services médico-sociaux mentionnée à l'article L. 311-8 du CASF (y.c 7° de L312-1 accueil des personnes handicapées)</i> Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ? <i>R311-38-1 (V) CASF (Plan bleu révisé annuellement)</i>	Oui Non	Le plan bleu a été rédigé le 16/03/2020. La version transmise à la mission d'inspection est celle du 20/06/2022. Le plan bleu communiqué indique une date d'application au 01/01/2025. Néanmoins, en page 2 du document, le cartouche montre que le plan bleu a été mis à jour pour la dernière fois le 20/06/2022. Il n'est pas fait mention d'une révision pour les années 2023 et 2024. Ainsi l'établissement n'apporte pas la preuve de la mise à jour annuelle. Par ailleurs, ce plan bleu est commun à l'ensemble des établissements Pavillon Royal situés à Nandy, soit la MAS, l'IME et le SESSAD.

Le plan bleu contient-il :

- Gestion du document

- Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;
- Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;
- Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;
- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
- Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles ;
- Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.

R311-38-1 CASE (contenu plan bleu)

Oui

Partiellement

Non

Oui

Partiellement

Non

Date et version	Modifications apportées	Noms des personnes en charge de la validation
16/03/2020 version n°1		
20/06/22 Version n°2	Mise à jour	

L'organisation de la cellule de crise et ses missions est décrite. Un tableau indiquant les personnels qui la compose est présent et mis à jour. Chaque professionnel concerné dispose d'une "fiche-mission" intégrée dans le plan bleu, qui permet d'identifier les actions à mener.

Les procédures annexées au plan bleu sont les suivantes :

- Protocole toxi-infection alimentaire collective (TIAC) (2015)
- Protocole conduite à tenir en cas de canicule ou fortes chaleurs (2025)
- Protocole gastro-entérite aiguë (2018)
- Protocole grippe (2018)

Aucun de ces protocoles ne mentionne de partenariat avec les établissements de santé

Elles ne sont pas décrites dans le plan bleu.

La mise en œuvre du plan bleu est bien décrite ainsi que sa levée.

Le recensement des équipements et des matériels nécessaires à la gestion de crise est bien réalisé et transcrit mais l'identification des stocks à disposition est insuffisamment précisée (ex : le plan bleu prévoit l'utilisation de couvertures supplémentaires, de couvertures de survie et de lampes torches en cas de défaillance énergétique mais ces équipements ne sont pas recensés dans les stocks existants).

Le plan bleu ne mentionne pas les formations dispensées aux professionnels.

Le contrôle du plan de formation transmis par l'établissement montre que :

■ salarié a été formé AFGSU1 en 2023,

■ salarié a été formé SST en 2023,

■ salariés sont planifiés en 2024 pour AFGSU2

■ salariés sont planifiés en 2024 pour la formation Incendies

■ salariés sont planifiés en 2025 pour la formation AFGSU2

■ salariés sont planifiés pour la formation manipulation extincteurs-évacuation

■ salariés sont planifiés pour le recyclage SST

Le plan de formation communiqué ne permet pas d'affirmer que ces formations ont effectivement eu lieu en 2024 et en 2025.

	Le plan bleu a-t-il été arrêté après consultation : - Des instances représentatives du personnel ? - Du CVS ? <u>R311-38-1 (III) CASF</u> (IRP et CVS consulté pour plan bleu)	Non Non	La consultation des IRP n'est pas mentionnée sur le plan bleu La consultation du CVS n'est pas mentionnée sur le plan bleu Écart 4 : Le plan bleu n'est pas mis à jour annuellement et sa mise en oeuvre n'est pas garantie par un plan de formation spécifique de l'ensemble des professionnels. L'absence de consultation des IRP et du CVS contrevient par ailleurs à l'article R.311-38-1 alinéa III du CASF.
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. L'organigramme L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ? <u>L311-8 CASF</u> (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) L'organigramme est-il à jour ? L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?	Non Non Non	Un document nommé "projet d'organigramme avril 2025" a été remis à l'inspection. Il liste l'ensemble des professionnels présents par "pôle", à savoir : La coordination, L'IME La MAS Les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas formalisés. Ainsi, sous le chapeau "COORDINATION", on trouve : Les services administratifs Le service médical et le service paramédical, Les services généraux. Vient ensuite un chapeau "ENFANCE" puis un chapeau "ADULTES", lequel réunit : Une équipe MAS (composée de ■ psychologue et d'■ éducateur spécialisé Une équipe mobile (composée de ■ éducateurs spécialisés en attente de recrutement) Une équipe accueil de jour (composée de ■ ES, ■ moniteurs éducateurs (dont un en attente de recrutement), ■ AES-AMP Une équipe MAS hébergement composée de ■ aides-soignants et ■ AES-AMP (dont ■ en attente de recrutement) Une équipe MAS nuit composée de ■ aides-soignants et ■ AES-AMP L'organigramme communiqué n'est pas à jour : comparé à la liste des professionnels présents, ■ salarié AES en ■■■■■■■■■■ est absent de l'organigramme. ■■■■■■■■■■ ainsi que les professionnels administratifs et des services généraux sont présents sur l'organigramme mais non recensés dans la liste des professionnels de l'établissement. L'organigramme n'est pas affiché dans l'établissement. Remarque 1 : L'absence de formalisation des liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'organigramme ne permet pas aux professionnels de se positionner dans l'organisation globale de l'établissement. Par ailleurs, l'organigramme ne traduit pas les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'établissement avec l'organisme gestionnaire.

1.2. Management et Stratégie	1.2.6. Relations entre le gestionnaire et le directeur La participation des services du siège social aux prestations autorisées est-elle conforme à l'article R.314-88 du CASF ? Les prestations dont la prise en charge peut être autorisée au titre de l'article R. 314-87 portent notamment sur la participation des services du siège social Le gestionnaire concourt-il à : - A l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement - A l'adaptation des moyens de la structure, aux modalités d'intervention coordonnées et aux choix et au financement des SI.	Partiellement Partiellement	Le gestionnaire met à disposition des établissements une trame de projet reprenant le contenu attendu ainsi que la méthodologie à mettre en œuvre. En l'absence du directeur de l'établissement le jour de l'inspection, la mission d'inspection a rencontré la directrice de la [REDACTED] mandatée par l'organisme gestionnaire pour suppléer à l'absence du directeur. Lors de l'entretien avec cette personne, il a été évoqué la disponibilité de la gouvernance en fonction des sujets à traiter. Les responsables d'établissements reçoivent chaque semaine une actu RH, chaque mois une actu qualité et chaque trimestre une actu SI. Ces outils sont considérés comme un avantage par la directrice interviewée. Elle évoque néanmoins un sentiment d'isolement partagé par les directeurs et fait part du projet d'analyse des pratiques professionnelles qui sera prochainement mis en place pour les directeurs, dans le but de les soutenir face aux situations des usagers, aux relations avec les familles et avec les professionnels. Écart 5 : Les éléments recueillis sur la participation du siège social sur les prestations autorisées ne constituent pas une réponse aux attendus de l'article R314-88 du CASF.
1.2. Management et Stratégie	1.2.7. Directeur : contrat et fiche de poste Quelle est la date de prise de fonction du directeur ? L315-17 CASF (directeur ESSMS public) D312-20 CASF (qualité du directeur d'ESSMSPHD) Quel est l'ETP du directeur au sein de la structure ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ? Si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?	Oui Oui Non	Le directeur d'établissement a pris ses fonctions le 1er octobre 2024. Il est engagé à temps plein pour exercer sur le site Pavillon Royal. La quotité de travail pour la MAS n'est pas indiquée. Il dirige la MAS Pavillon Royal, ainsi que le SESSAD et l'IME Vercors. La fiche de poste du directeur n'a pas été communiquée à la mission d'inspection.
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. Directeur : qualifications D312-176-6 CASF (certification de niveau 7 (ancien niveau I) du directeur (ESSMS privé et public(D312-176-10)) D312-176-7 CASF (certification de niveau 6 (ancien niveau II) du directeur-ESSMS privé et public(D312-176-10)) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESSMS) Quelle est la nomenclature des diplômes par niveau ? Service-Public.fr	Oui	Le directeur justifie d'un diplôme de niveau 6 [REDACTED] Durant la mission, il a été précisé qu'il était par ailleurs en cours de formation [REDACTED] certification professionnelle de niveau 7). Écart 6 : Le niveau de qualification du directeur d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de la circulaire NDGAS/ATTS/4D n° 2007-179 du 30 avril 2007, relative à la qualification des professionnels chargés de la direction d'établissements ou services médico-sociaux. Écart 7 : L'absence de transmission de la fiche de poste du directeur fait obstacle aux missions des agents précisées dans l'article L.1421-3 du Code de la Santé Publique et est susceptible de sanctions pénales (article L. 1427-1 du CSP)
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. Le remplacement de la direction Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ? D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire pour palier absence directeur - ESSMS public)	Partiellement	Selon l'entretien mené avec la directrice de la [REDACTED] les absences des directeurs sont suppléées par la direction territoriale (poste vacant au moment de l'inspection), ou à défaut, la direction générale.

			Remarque 2 : La méconnaissance de l'établissement dans sa globalité par la directrice rencontrée le jour de l'inspection ne permet pas de garantir le remplacement de la direction de l'établissement.
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. Les délégations au directeur ESSMS privé Le document unique de délégation (DUD) a-t-il été envoyé à l'ARS ? <i>D312-176-5 (2e alinéa) CASF (contenu DUD-droit privé)</i> Le document unique de délégation (DUD) précise-t-il la nature et l'étendue de la délégation, c'est-à-dire : - La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service - La gestion et l'animation des ressources humaines ; - La gestion budgétaire, financière et comptable.	Oui Oui Oui Oui	Deux documents ont été remis à la mission d'inspection-contrôle : une délégation de pouvoirs de la [REDACTED] au profit du directeur d'établissement et un document unique de délégation ayant pour vocation de préciser les compétences et les missions confiées au directeur. Ce dernier est conforme à la réglementation en vigueur. Les deux documents sont complémentaires.
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. Les subdélégations du directeur Quelle est l'organisation du pouvoir de subdéléguer sa signature ? <i>D315-67 CASF (délégation de signature directeur membre catégorie A – ESSMS public)</i> <i>D315-68 CASF (contenu délégation)</i> <i>D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire - ESSMS public)</i>	Partiellement	Le DUD permet au directeur d'établissement de déléguer certains de ses pouvoirs mais aucune subdélégation n'est organisée au moment de l'inspection Remarque 3 : L'absence de subdélégation représente un risque dans la poursuite des actes de gestion courante relatifs aux besoins de fonctionnement de l'établissement, à l'accueil et au suivi des personnes bénéficiaires d'une prise en charge et aux personnels
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. Les CODIR / COMEX / COPIL Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COPIL (réunions des cadres de la structure) (fréquence, participant, rédaction et diffusion CR) <i>HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020</i>	Oui	Les éléments recueillis durant la mission sont insuffisants pour décrire l'organisation de ces instances. Seuls les CR de réunions pluridisciplinaire ont été transmis : elles se déroulent en moyenne une fois par semaine et réunissent les membres de l'équipe présents ainsi que les cadres. Elles sont animées par le chef de service qui rédige le compte-rendu et le transmet à l'ensemble de l'équipe et au directeur.
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. Les astreintes administratives Une astreinte de direction est-elle mise en place la nuit ?	Oui	L'astreinte administrative est partagée entre [REDACTED] [REDACTED] Elle est organisée par roulement, du [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. Les astreintes techniques Une astreinte technique est-elle mise en place la nuit ?	Oui	Selon les informations recueillies dans le cadre des entretiens, l'astreinte technique est mutualisée entre les sites d [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante Un professionnel encadre-t-il l'équipe soignante ?		Le médecin est recruté à [REDACTED] ETP

	Si oui, - A quel niveau d'ETP ? - Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ? - Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	Non	Il justifie d'un diplôme de médecine générale, ayant [REDACTED] La fiche de poste communiquée est un document générique, construit par l'organisme gestionnaire. La fiche de poste n'est pas signée par le médecin, ne mentionne pas les horaires de travail ni les missions spécifiques qui lui sont dévolues, en particulier concernant les missions de coordination. Remarque 4 : L'absence de fiche de poste ne permet pas l'identification précise des missions dévolues au médecin
1.2. Management et Stratégie	1.2.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative Un professionnel encadre –t-il l'équipe éducative ? Si oui, - A quel niveau d'ETP ? - Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ? Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	Oui Oui Non Non	Le chef de service encadre l'ensemble de l'équipe dédiée à la MAS Le chef de service est embauché à temps plein [REDACTED] Le chef de service justifie [REDACTED] (Niveau 5). Une attestation de formation préparant au CAFERUIS datée [REDACTED] que le chef de service a suivi le [REDACTED] Il existe une fiche de poste générique produite par l'organisme gestionnaire, qui n'a pas été remise au chef de service Remarque 5 : L'absence de fiche de poste ne permet pas l'identification précise des missions dévolues au chef de service
1.2. Management et Stratégie	1.2.17. Les conflits entre direction et salariés 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, ...) L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité de l'usager) HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020 HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 Indicateur ANAP : Taux médian de rotation des professionnels en MAS en 2023 : (régionale IDF :18.42% -	Oui	Le taux de rotation du personnel en N-1 est de [REDACTED] soit très supérieur à la médiane régionale pour les MAS de 18,42%. Sur la base de la liste des salariés communiquée, il ressort que [REDACTED] personnes sur [REDACTED] ont moins d'un an d'ancienneté ; [REDACTED] ont entre 1 et 3 ans d'ancienneté ; [REDACTED] ont entre 3 et 5 ans d'ancienneté et [REDACTED] ont plus de 5 ans d'ancienneté. Au jour de l'inspection, [REDACTED] ETP de postes éducatifs sont vacants, ainsi qu'un poste de médecin psychiatre à hauteur de [REDACTED] ETP (source = organigramme). Les propos recueillis auprès des professionnels de la structure et des familles mettent en évidence des situations de conflits interpersonnels décrites comme minimisés par la direction. Écart 8 : La vacance de plusieurs postes éducatifs représente un risque pour la prise en charge des usagers et contrevient en conséquence à l'article L. 311-3 du CASF

			Remarque 6 : Le taux de rotation des professionnels ne permet pas de garantir un suivi régulier dans l'accompagnement des usagers, ce qui n'est pas conformes aux RBPP en vigueur.
1.2. Management et Stratégie	1.2.18. Les affichages Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : - L'arrêté de désignation des personnes qualifiées de 2019, - La charte des droits et libertés - L'affiche 3977 - La charte de bientraitance - Dernière enquête de satisfaction <i>D311-15 (III) CASF (affichage enquête de satisfaction)</i> - Règlement de fonctionnement <i>R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)</i> - Charte des droits et libertés de la personne accueillie <i>L311-4 CASF (affichage charte droits et libertés)</i> - Arrêté d'autorisation - Horaires d'ouverture de la structure - Arrêté de dotation globale - Numéro 119 (enfance en danger) - Numéro 3977 (maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés) <i>L226-8 CASF (obligation affichage n° 119)</i>	Oui Oui Oui oui Non Non Oui Non Non Non Oui Oui	Un panneau d'affichage est situé à l'entrée de l'établissement qui rassemble : L'arrêté de désignation des personnes qualifiées de 2019, La charte des droits et libertés L'affiche 3977 La charte de bientraitance D'autres endroits sont dédiés à l'affichage, ce qui rend difficile l'accès aux informations Écart 9 : L'établissement ne procède pas à la mise à jour et à la complétude de son affichage, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.311-15 (III), R.311-34, L.311-4 et L. 226-8 du CASF

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionne ment des instances	1.3.1. Le CVS Un CVS existe-il ? <i>D311-6 CASF (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation)</i>	Oui	Un CVS est en place au sein de la MAS Pavillon royal avec un règlement intérieur signé de la présidence du CVS et de la direction de l'établissement en 2023.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le CVS se réunit au moins trois fois par an ? <u>D311-16 CASF</u> (3 CVS au minimum par an)	Non	Selon les comptes rendus de réunion du CVS, en 2023 et 2024 moins de 3 réunions du CVS ont été tenues par l'établissement. En effet, seuls 1 compte rendu de réunion daté de 2025, 2 comptes rendus datés de 2024 et 2 comptes rendus datés de 2023 ont été transmis à la mission d'inspection.
	La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :		
	- Deux représentants des personnes accompagnées ;	Oui	La présidente et le vice-président du CVS sont les représentants des personnes accompagnées. Ces derniers sont mentionnés dans le CR de la réunion d'avril 2025 et dans la liste fournie par la MAS.
	- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ;	Oui	Il existe une représentante des salariés d'après le CR des réunions transmis.
	- Un représentant de l'organisme gestionnaire.	Oui	Le directeur de l'établissement est aussi le représentant de l'association SOS SOLIDARITES, organisme gestionnaire.
	Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :		
	- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;	Oui	La présidente et le vice-président du CVS sont également les représentants des familles.
	- Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;	Oui	Les prochaines élections du CVS auront lieu en septembre 2025.
	- Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;	Non	Aucun bénévole n'intervient dans l'établissement.
	- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. <u>D311-5 CASF</u> (composition CVS)	Non	La participation des membres de l'équipe médico-soignante n'est pas relevée à chaque réunion.
	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. <u>D311-5 CASF</u> (composition CVS)	Oui	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.
	La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?	Oui	Écart 10 : Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme ni dans le nombre de réunions annuelles organisées ni dans sa composition (article D311-5 CASF).
	- 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)	Oui	
	- Associer à la révision du PE, notamment en matière politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ?	Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ? <i>D311-15 CASF (missions CVS)</i>	Non	Écart 11 : En l'absence de réalisation des enquêtes de satisfaction le CVS n'est pas tenu informé des résultats ce qui contrevient à l'article D311-15 du CASF. Cf Ecart constaté au point de contrôle 1.3.2.
	Les événements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ? <i>R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)</i>	Non	Écart 12 : Ni les dysfonctionnements ni les événements indésirables ni les plans d'actions associés ne sont présentés aux membres du CVS ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. Les enquêtes de satisfaction Existe-t-il une enquête de satisfaction sur : - 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 ? Les enquêtes de satisfactions sont-elles affichées dans la structure ? <i>D311-15 (III) CASF (affichage enquête satisfaction)</i>	Non Non Non Non Non	Les pièces demandées relatives à l'enquête annuelle de satisfaction n'ont pas été transmises. Les points de contrôles relatifs à la qualité de l'hébergement, la restauration, la qualité de l'entretien des locaux, la qualité des soins et de l'accompagnement de la vie courante n'ont pas pu être évalués. Aucune enquête de satisfaction n'est affichée au sein de la MAS. Écart 13 : En ne réalisant pas d'enquête annuelle de satisfaction, en l'absence d'affichage et de communication des résultats au CVS l'établissement contrevient à l'article D311-15 CASF.

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 ?		Écart 14 : L'absence de signaux ainsi que les témoignages reçus dans le cadre de cette inspection montrent que la direction ne respecte pas ses obligations en termes de signalement des événements indésirables auprès des autorités compétentes. L'absence de traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités compétentes contrevient à l'article R.331-8 du CASF

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. Le responsable qualité Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? <i>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</i> Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?	Non Non	Le poste de responsable qualité au sein du groupe est vacant au jour de la visite. Remarque 7 : L'absence de responsable qualité représente un risque pour l'établissement.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. Les professionnels référents Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ? <i>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</i> Sont-ils connus de l'ensemble des professionnels ?	Oui Non	Les entretiens menés avec les professionnels ont mis en évidence leur méconnaissance de la démarche d'amélioration continue de la qualité, alors même que des professionnels ont été désignés dans le cadre du PACQ pour piloter certaines actions. La mission d'inspection constate à l'appui des pièces transmises qu'une personne désignée pour piloter certaines actions visant à adapter la communication envers les résidents de la MAS et maintenir le lien avec l'entourage ne figure ni sur la liste des effectifs salariés, ni sur l'organigramme de l'établissement. Il s'agit d'une personne rattachée à la direction qualité - gestion des risques du groupe SOS Solidarités. Remarque 8 : L'absence de professionnels référents dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? <i>L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)</i> <i>D311-25 CASF (CVS ou autre forme de participation dans la démarche d'évaluation de la qualité des prestations)</i> <i>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la HAS)</i> <i>HAS-Procédure d'évaluation des ESSMS-mai 2022</i> Les actions du PACQ sont-elles suivies (non discontinuées) ?	Partiellement Non	Le plan d'amélioration continue de la qualité est conforme à la réglementation et désigne systématiquement un pilote de l'action. La mission d'inspection constate néanmoins que les délais envisagés dans ce PACQ couvrant la période 12/2023 à 12/2025 ne sont pas tenus et que certaines actions, antérieures à ce plan, n'ont pas encore été réalisées. Remarque 9 : Certaines actions antérieures à 2025 ne sont pas réalisées ce qui n'est pas conforme aux RBBP.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. L'auto-évaluation Le gestionnaire concourt-il à la mise en place de procédures de contrôle interne et à l'exécution de ces contrôles ; <i>R314-88 CASF (participation siège – ESSMS privé non lucratif)</i> Quand et sur quel support a été faite la dernière auto-évaluation de la structure ? (SYNAE, Guide d'autoévaluation de l'HAS, ...) <i>L312-8 CASF (auto-évaluation et évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)</i>	Oui Non	Une procédure d'auto-évaluation et d'évaluation est transmise à la mission d'inspection. Elle date de novembre 2022 et a été rédigée par le gestionnaire.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Haute Autorité de Santé - Mettre en œuvre l'évaluation des ESSMS		Remarque 10 : Aucun support d'autoévaluation n'a été transmis. La mission d'inspection constate que l'établissement n'a pas conduit d'auto-évaluation ce qui n'est pas conformes aux RBPP.
14. Gestion de la qualité	1.4.6. L'évaluation externe Une évaluation externe a-t-elle été réalisée dans les 5 dernières années ? <u>D312-204 CASF</u> (calendrier évaluations -tous les 5 ans) <u>L312-8 CASF</u> (auto-évaluation et évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité) <u>HAS-Procédure d'évaluation des ESSMS-mai 2022</u> <u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</u> Le gestionnaire concoure-t-il à la réalisation des évaluations ? <u>R314-88 CASF</u> (participation siège – ESSMS privé non lucratif) <u>D312-206 CASF</u> (modalité d'évaluation) <u>D312-197 CASF</u> (prestataire d'évaluation)	Non Oui	La dernière évaluation externe de l'établissement a été réalisée en 2017. La prochaine évaluation externe doit être réalisée au cours du S2/2025. Des procédures d'auto-évaluation et d'évaluation externe sont rédigées par le gestionnaire et communiquées aux établissements. Elles contiennent les dispositions réglementaires sur lesquelles s'appuient ces démarches ainsi que les référentiels de la HAS (2022).
14. Gestion de la qualité	1.4.7. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance 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 ? <u>D311-38-3-CASF</u> (politique formalisée) <u>HAS 2008 La bientraitance page 36</u> <u>HAS 2008 Directeur et maltraitance page 19</u> <u>Guide 2024 de la HAS sur la promotion de la bientraitance.</u>	Partiellement	La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont formalisées dans des outils construits par le gestionnaire. Un tableau de bord de sensibilisation des professionnels, a été transmis à la mission, qui met en évidence qu'aucune action n'a été programmée pour la MAS depuis le mois d'octobre 2024. Le projet d'établissement n'étant pas à jour, la mission d'inspection ne peut garantir que la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance y est intégrée. L'absence d'inscription de ce sujet dans le plan de formation ne permet pas à la mission d'inspection de vérifier la participation du personnel et des personnes accueillies à cette politique. Écart 15 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment portée par l'encadrement et ne fait pas l'objet d'actions spécifiques auprès des professionnels en termes de sensibilisation et de participation. Les personnes accueillies et leurs représentants légaux ne participent pas à cette réflexion, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38-3 du CASF, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur (Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement - HAS – 3 octobre 2024).

1.4.8. **Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance**

HAS-Directeur et maltraitance 2008 (pages 16 à 24)

L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations :

- 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 ;
- En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PAI.

L311-3 (7^e alinéa) CASF (Informé et faire participer les personnes)

Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance :

- Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;
- Par la sensibilisation et la formation ;

Non

Partiellement

Non

Non

Non

Non

Non

Non

Non

Non

Dans le cadre du PACQ, il est inscrit que la politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance est sous la responsabilité du pôle gestion de la qualité du groupe gestionnaire et pilotée par ce même pôle. Il est noté dans le DUD que le directeur d'établissement doit veiller à la bientraitance des usagers. La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance ne sont pas spécifiquement inscrites dans la fiche de poste du chef de service.

Dans le PACQ, il est noté que cette mission est pilotée par le chef de service qui doit faire un retour des EI dans le cadre des réunions pluridisciplinaires. Dans le cadre des entretiens menés auprès des professionnels, il est apparu qu'ils n'étaient pas associés à l'analyse des EI.

Il n'y a pas de référent bientraitance au sein de l'établissement.

Les actions de formation ne sont pas systématisées. Le tableau de bord nommé "sensibilisation - dont la bientraitance" montre que des sessions ont été organisées en 2024 (la dernière le 31/10/2024). Les documents mis à disposition de la mission d'inspection ne permettent pas de lister les professionnels ayant bénéficié de ces actions.

A la [REDACTED] il a été fait le choix de suspendre l'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.

Aucun professionnel ne dispose d'une fiche de poste. Par ailleurs ces fiches de poste génériques ne mentionnent pas la bientraitance comme une mission pour tous les jours.

Il n'existe pas de temps de transmission ni de temps de réunion formalisés sur le planning de l'établissement

Une procédure a été communiquée qui indique que les usagers doivent participer à la conception et à la mise en place de leur PAI. Mais cet outil n'est ni daté, ni signé. Il ne peut donc être affirmé que cette procédure est bien mise en œuvre. Par ailleurs, l'étude des dossiers des résidents a montré qu'aucun projet personnalisé n'était intégré dans le dossier administratif. Le planning de réévaluation des PAI programme des dates pour [REDACTED] au jour de l'inspection. Ce tableau comporte une colonne "dates élaboration du PP" et une colonne de présentation "à la personne et son représentant légal".

Aucun élément ne permet d'identifier l'organisation de temps d'échange et d'analyse des pratiques.

Des formations spécifiques à l'autisme et à la gestion des comportements violents sont programmées dans le cadre du plan de formation. Il n'existe pas d'action propre à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance.

	- Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ; - Par des actions de prévention de l'usure professionnelle <u>HAS 2008 Directeur et maltraitance page 27 à 35</u>	Partiellement	Des actions sont envisagées dans le cadre du PACQ, pilotées par le pôle qualité du groupe gestionnaire, mais ne sont pas mises en œuvre à ce jour.
		Non	Les éléments d'information recueillis par la mission d'inspection ne permettent pas d'identifier la mise en œuvre d'actions de prévention de l'usure professionnelle.
Écart 16 : La politique de de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment portée par la direction et l'encadrement de l'établissement et n'implique pas les professionnels à la hauteur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.			
1.4. Gestion de la qualité	1.4.9. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels) La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ? Pour prévenir la survenue du comportement problème, 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) ? <u>HAS- « Les comportements problèmes » prévention et réponse, volet 1 « Organisation à privilégier et stratégies de prévention » -2016</u> Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par : - Des procédures de gestion des comportements problème ; - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; - Par la sensibilisation et la formation ; <u>HAS-« Les « comportements problèmes » : prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention »-2016</u> - Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs ; Le PAI des usagers présentant un « comportement problème » est-il régulièrement actualisé ? (Bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.) <u>HAS-« Les « comportements problèmes » : prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention »-2016</u> Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ?	Non	Le projet d'établissement étant obsolète, ce point ne peut y être inscrit.
		Non	L'étude des dossiers administratifs des résidents montre que les besoins de la personne au moment de son admission ne sont pas recueillis.
		Non	Il n'existe pas de procédures de gestion des comportements problème. Durant la visite de l'établissement par la mission d'inspection, la posture inadaptée d'une professionnelle à l'encontre d'un usager a été constatée. Elle a fait l'objet d'une demande de mesure d'éloignement par l'ARS auprès de l'organisme gestionnaire.
		Non	Il n'existe pas d'espaces d'échanges et d'analyse des pratiques.
		Non	Le plan de formation comporte des actions de certification PCMA planifiées pour [REDACTED] personnes en [REDACTED] mais rien ne permet d'affirmer que cette formation a réellement eu lieu. [REDACTED] groupe de [REDACTED] personnes a été planifié en [REDACTED] mais les éléments transmis ne permettent pas d'affirmer que la formation s'est bien déroulée. Un groupe de [REDACTED] personnes pour la formation PCM et de [REDACTED] personnes pour la certification PCMA est programmé en 2025 sans que des éléments attestant de la réalisation de ces formations aient pu être transmis à la mission d'inspection.
		Non	Un échange entre les professionnels pour chacun des résidents a lieu chaque semaine mais la mission d'inspection n'a pas repéré de temps spécifiquement dédié à l'actualisation des PAI pour les usagers présentant des comportements problème.
		Non	Il n'existe pas de salle ni d'espace de calme-retrait.

	<u>HAS-« Les « comportements problèmes » : prévention et réponse, volet 3 « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement »-2017</u>		Remarque 11 : La prise en charge des comportements problèmes n'est pas conforme aux RBPP de l'HAS.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.10. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement) Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de : - L'ARS ; <u>L 331-8-1 CASF</u> (information aux autorités des dysfonctionnements graves) <u>R331-8 CASF</u> (transmission aux autorités des dysfonctionnements graves selon formulaire) <u>L119-1 CASF</u> (Définition maltraitance) <u>Arrêté du 28/12/2016</u> relatif à l'obligation de signalement des ESSMS - Le magistrat concerné ; <u>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (page 37)</u> <u>Art. 40 du Code de procédure pénale</u> (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit-ESSMS public) Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ? <u>L313-24 du CASF</u> (protection des professionnels signalant)i En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ? <u>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (page 37)</u> Comment sont abordées les situations de violences, de violences sexuelles ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Réf : <u>Art. 40 du code de procédure pénale</u> (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) <u>Art. 434-3 du code pénal</u> (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L 331-8-1 CASF <u>Art. 226-14 du code pénal</u>	Partiellement Partiellement Oui Partiellement	Les procédures mises à disposition des professionnels, rédigées et publiées par l'organisme gestionnaire, sont conformes aux dispositions réglementaires. Elles sont portées à la connaissance des professionnels au moins par voie d'affichage, dans la pièce où se trouve le copieur de l'établissement (qui sert également de salle d'accueil et de repos pour les professionnels). Cependant, les entretiens qui se sont déroulés avec les familles, postérieurement à la visite d'inspection, ainsi qu'avec les professionnels durant et après la visite montrent qu'elles ne sont pas mises en œuvre. Cette information figure dans l'article 6.4.2 de la procédure "gestion et prévention des situations de maltraitance envers la personne accueillie" La mission d'inspection a été témoin d'actes maltraitants durant la visite et dépositaire de témoignages dans le cadre des entretiens qui se sont déroulés avec plusieurs familles. Alertée par ces éléments, la direction générale a mis en œuvre plusieurs mesures correctives, renforcées par un plan d'action qui sera déployé à partir du mois de septembre 2025. Écart 17 : En ne déclarant pas les faits de maltraitance à l'ARS ainsi qu'au magistrat concerné, la direction contrevient aux articles L.331-8-1, R.331-8 L.119.1 du CASF

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. 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	Non	Les entretiens menés auprès de professionnels et de familles mettent en évidence que des faits de maltraitance ont été commis au sein de la structure. Ces événements n'ont- d'une part pas été communiqués aux autorités compétentes, mais n'ont pas fait l'objet non plus d'actions correctrices adaptées aux situations. Écart 18 : En s'exonérant de la traçabilité des actions correctrices engagées dans le cadre d'une démarche qualité auprès des autorités administratives compétentes, la direction contrevient aux dispositions de l'article R.311-8 du CASF.
	1.5.2. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ? L311-6 CASF (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation) D311-21 CASF (autres formes de participation) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25) 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 ; - De la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ? L311-3 (1° et 3°) CASF (Respect dignité, sécurité et PEC de qualité de l'usager)	Partiellement Non Non	Il existe une feuille de réclamation pour les familles à l'entrée de la MAS. Dans les 15 jours suivants l'inspection, [] familles ont pris contact avec la mission d'inspection pour expliquer leurs doléances concernant la prise en charge de leur enfant. Les témoignages ont été transmis à la direction de l'ARS IDF qui gère les réclamations. Les témoignages ont été transmis à la direction de l'établissement qui a reçu les familles. La mission d'inspection n'a pas constaté l'existence de réponse écrite aux déclarants. La mission d'inspection n'a pas eu accès aux éléments relatifs au suivi et bilan des réclamations et signalements. Remarque 12 : Il n'existe pas de système d'enregistrement et de suivi des enquêtes de satisfaction. Il n'existe pas de suivi des réclamations et les plaintes des usagers ce qui contrevient aux RBPP.
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.3. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)		Il existe un circuit de déclaration des EI via le logiciel AGEVAL qui est connu des professionnels rencontrés. Néanmoins malgré l'existence de ces circuits de déclaration, des situations de maltraitance ont pu exister pendant plusieurs mois au sein de la MAS sans être déclarées.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Dans le cadre des entretiens, il a été indiqué que les EI sont traités en réunion avec le directeur, la responsable administrative, les chefs de service et la psychologue. Les professionnels ne sont pas conviés à ces réunions. Certains professionnels ont par ailleurs indiqué lors des entretiens que les EI transmis à l'équipe d'encadrement ne sont pas systématiquement suivis d'une analyse par la psychologue.
	Les procédures de déclaration en interne d'évènement indésirables sont-elles connues des professionnels ? L1413-14 CSP (ES et ESSMS-déclaration à l'ARS et gestion EIGS) R1413-67 CSP (définition EIGS) R1413-68 CSP (obligation de déclaration en interne et à l'ARS) Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des 11 dysfonctionnements graves et évènements à déclarer aux autorités administratives) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25) HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.12 du guide d'évaluation de la HAS- recueil et le traitement des plaintes et des réclamations)	Partiellement	Selon les propos recueillis auprès des cadres présents le jour de l'inspection, les professionnels sont formés à l'utilisation de l'outil AGEVAL par la responsable qualité du siège. Les documents transmis à la mission d'inspection ne permettent pas d'établir avec certitude que l'ensemble des professionnels a bénéficié de cette formation.
	Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?	Partiellement	Écart 19 : Malgré un système interne de déclaration d'événements indésirables connus par les professionnels, des éléments de maltraitance n'ont pas été déclarés ce qui contrevient à l'article R1413-68 CSP.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI Une procédure de suivi et d'analyse des EI : - Est-elle formalisée ? R.331-8 CASF (obligation de déclarer les EI avec l'analyse détaillée) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p25) - Permet-elle le remplissage du volet 2 de la déclaration des EI à l'ARS ? R1413-69 CSP (Le formulaire de déclaration à ARS) - Les mesures correctrices sont-elles incluses dans le PACQ ? HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.13.3 du guide d'évaluation de la HAS- déclarent et analysent en équipe les EI et mettent en place des actions correctives.)	Non Non Non	Le remplissage du volet 2 de la déclaration à l'ARS n'est pas abordé dans les procédures de déclaration des EI transmis. Aucune mesure correctrice ne figure dans le PACQ

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Un retour est-il fait aux déclarant ?	Oui	Un retour aux professionnels est évoqué dans un document transmis. Remarque 13 : Il existe des procédures de déclaration et suivi des EI mais les documents fournis ne permettent pas de vérifier que le suivi mensuel préconisé dans les documents est réalisé ce qui contrevient aux RBPP. La procédure de déclaration d'un EI à l'ARS contenant le descriptif des 2 volets et l'appui possible par la Staraqs n'est pas décrit. Les mesures correctrices ne sont pas incluses dans le PACQ
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.5. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u> Les EIG sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS) <i>L.331-8-1 CASF (obligation de déclaration des EIG aux autorités)</i> <i>R.331-8 à 10 CASF (Modalités de déclaration EIG aux autorités)</i> <i>Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des 11 dysfonctionnements graves et évènements à déclarer aux autorités administratives)</i> <i>R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS)</i> <i>R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins (IAS))</i>	Non	Écart 20 : La mission d'inspection a pu établir que les EIG par exemple de type maltraitance ne sont pas tous déclarés à l'ARS ce qui contrevient à l'article 331-8-1 CASF et à l'arrêté du 28/12/2016 modifié.

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u>⁴ D344-5.1 CASF (Dispositions générales : ESMS accueillant des adultes handicapés) D.344-5-2 CASF (Evaluation des besoins de prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire) D344-5-11 CASF(Accompagnement individualisé par l'équipe pluridisciplinaire) D344-5-12 CASF (Accompagnement quotidien dans les actes essentiels de la vie, cohérence et continuité des soins) D344-5-13 CASF (Composition équipe pluridisciplinaire) Pour la mise en œuvre des <u>articles D. 344-5-11 et D. 344-5-12</u>, l'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe : 1° Au moins un membre de chacune des professions suivantes : - Médecin généraliste ; - Educateur spécialisé ; - Moniteur éducateur ; - Assistant de service social ; - Psychologue ;	Oui Non Non Non Oui	La mission d'inspection constate des discordances entre les documents transmis ; Les effectifs et les qualifications des professionnels ne correspondent pas aux informations portées dans l'organigramme. Nombre ETP : ■ présence chaque vendredi Nombre ETP : 0 Nombre ETP : 0 Nombre ETP : 0 Nombre ETP : ■

⁴ Article D344-5-14

Création Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 - art. 1

Lorsque la taille de l'établissement ou du service ou le nombre de personnes accompagnées ne permettent pas la constitution totale de l'équipe pluridisciplinaire, l'établissement ou le service peut :

1° Passer des conventions avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

2° Etre membre d'un groupement de coopération sanitaire visé à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique ou membre d'un des groupements visés à l'article L. 312-7.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle		Conformité	Observations ou commentaires
	- Infirmier ;		Oui	Nombre ETP : ■ DE sont déclarés par la direction de l'établissement comme affectés à la MAS. Sur les plannings de la MAS ■ apparaît.
	- Aide-soignant ;		Oui	Nombre ETP : ■
	- Aide médico-psychologique / Accompagnant éducatif et social ;		Non	Nombre ETP : ■ dont ■ AES et ■ AMP diplômés, ■ FF AES, ■ FF AMP et un stagiaire
	- Auxiliaire de vie sociale ;		Non	Nombre ETP : 0
	2° Selon les besoins des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, des membres des professions suivantes :			
	- Psychiatre ;		Choisir	Nombre ETP : 0
	- Autres médecins qualifiés spécialistes ;		Choisir	Nombre ETP : 0
	- Kinésithérapeute ;		Choisir	Nombre ETP : 0
	- Psychomotricien ;		Choisir	Nombre ETP : 0 alors qu'il y a des troubles du comportement nécessitant des médiations corporelles.
	- Ergothérapeute ;		Choisir	Nombre ETP : 0 alors qu'il y a un besoin de mise en place de la communication alternative et augmentée.
	- Orthophoniste ;		Choisir	Nombre ETP : 0
	- Orthoptiste ;		Choisir	Nombre ETP : 0
	- Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées ;		Choisir	Nombre ETP : 0
	- Diététicien ;		Choisir	Nombre ETP : 0
	- Professeur d'éducation physique et sportive ou éducateur sportif ;		Oui	Nombre ETP : ■
	- animateur.		Choisir	Nombre ETP : 0
			Choisir	Nombre ETP : 0
	DP : L311-3 (1°) CASF (Sécurité)			
	DP : L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité)			
	Recours à des intervenants extérieurs par convention ?		Oui	L'établissement recourt par convention aux intervenants extérieurs suivants :
	Article D344-5-14, 1°) CASF			■ heures hebdomadaires ;
				■ heures hebdomadaires.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 21 : L'établissement ne s'appuie sur aucun des professionnels mentionnés à l'article D344-5-13-2° venant compléter l'action de l'équipe pluridisciplinaire. L'établissement ne prend donc pas en compte les besoins des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1. Ainsi la direction de l'établissement n'est pas en mesure de garantir une prise en charge et un accompagnement de qualité. Écart 22 : L'équipe pluridisciplinaire se compose de faisant fonctions d'accompagnants éducatifs et sociaux ne détenant pas les diplômes réglementaires attendus. En l'absence d'éducateur spécialisé, de moniteur éducateur et d'assistant de service social au sein de la structure, et d'auxiliaire de vie sociale l'établissement ne respecte pas la composition de l'équipe pluridisciplinaire, n'est pas en mesure d'assurer la sécurité des personnes accueillies, la prise en charge et l'accompagnement de qualité ce qui contrevient aux articles L312-1, L311-3 et D344-5-13 du CASF.
	2.1.2. Qualifications Les personnels sont-ils qualifiés ? Réf. : Art L. 312-1 CASF (II) 2.1.3. Les postes vacants sur la structure	Non	Tous les personnels ne détiennent pas les diplômes réglementaires requis cf écart mentionné au point de contrôle 2.1.1 supra.
	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 ? L311-3 (1°) CASF (sécurité des usagers) L311-3 (3°) CASF (prise en charge de qualité)	Non	Selon le tableau des effectifs à pourvoir ■ ETP d'AES, ■ ETP de moniteur éducateur, ■ ETP d'éducateur spécialisé, ■ ETP d'AMP, ■ ETP de psychologue et ■ ETP de médecin sont vacants.
	Comment sont compensés les postes vacants ?		L'établissement s'appuie sur un pool de personnels recrutés en CDD.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.4. Les contrats de travail Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif au jour de l'inspection ? L1242-1 à 4 du Code du travail (recours au CDD) La proportion d'ETP en CDD et intérimaires est-elle < à 50% des ETP en CDI ? L311-3 (1°) CASF (sécurité des usagers) L311-3 (3°) CASF (prise en charge de qualité)	Oui	Le 9 juillet 2025 ■ agents en CDI (IDE, AS, AES et AMP) et ■ agent en CDD assurent la prise en charge des personnes accueillies en hébergement permanent et en accueil de jour. Selon les plannings fournis, la prise en charge en journée des usagers repose sur ■ équipes. L'équipe du matin est de ■ AES et la contre-équipe de ■ AES en après-midi. Sur une journée et de manière ponctuelle le maximum d'agents en CDD est de ■ personnes. La proportion des agents en CDI reste supérieure à la moitié des agents en CDD.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.5. Le taux d'absentéisme des professionnels Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité résident) L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité) Indicateur ANAP : Taux médian d'absentéisme en MAS en 2022 : régionale IDF : 10,71% - national : 11,20%) Quel est le taux d'absentéisme sur les 12 derniers mois ?	Oui	Le taux d'absentéisme médian est inférieur à la moyenne régionale. Le taux d'absentéisme observé est de [REDACTED] en 2024
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.6. Le taux de rotation des professionnels Le taux de rotation des professionnels excède-t-il le taux médian régional ? DI, DM, DP : Indicateur ANAP : Taux médian de rotation des professionnels en IME en 2022 : (régionale IDF : 19.05% - national : 12,37%) Quelle est la proportion de rotation du personnel sur les 12 derniers mois ?	Non	Le taux de rotation des professionnels excède le taux régional. Le taux de rotation du personnel observé est de [REDACTED] en 2024. Le taux de rotation élevé constaté en 2024 a été stabilisé en 2025 par un recrutement de 9 personnes en CDI entre mars 2024 et le jour de l'inspection. Au regard du nombre de recrutement en CDI le taux de rotation des professionnels a tendance à se stabiliser.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.7. Les dossiers administratifs des professionnels Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils : - Contrat d'embauche et les éventuels avenants ; - Diplôme ; Les professionnels ont-ils tous un diplôme correspondant à leur fonction ? <u>Article D344-5-14 (Les professionnels sont diplômés)</u> Travailleur social : L451-1 CASF (formation et agrément) Educateur spécialisé : D451-41 CASF (mission/diplôme), Moniteur-éducateur : D451-73 CASF (diplôme/mission) IDE : D4311-16 CSP (diplôme), AS : L4391-1 CSP (diplôme), Arrêté du 10/06/2021 (formation DE-AS) Kiné D4321-14 CSP (diplôme), Enseignant en activité physique adaptée (APA) : D1172-2 CSP (diplôme) Orthophoniste : L4341-1 CSP (missions), L4341-3 CSP (diplômes équivalent) Psychomotricien : L4332-1 CSP (missions), L4332-2 CSP (diplôme) AES (AMP,AVS): D451-88 et D451-89 CASF (diplôme AES (AMP,AVS)), Arrêté du 29/01/2016 (formation DE- AES (AMP,AVS)- suivi de la carrière ; - Inscription à l'Ordre ; Obligation d'inscription aux ordres :	Oui Non Non	Les dossiers administratifs ont été contrôlés sur un échantillon de [REDACTED] dossiers. Oui Un des professionnels exerce en tant que faisant fonction d'AMP et ne détient pas le diplôme réglementaire attendu. Cf écart au point de contrôle 2.1.1. L'attestation d'inscription à l'ordre est absente du dossier de l'une des IDE.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<u>médecins : L4111-1 CSP et L4112-5 CSP</u> <u>pharmaciens : L. 4221-1 (3°) CSP</u> <u>IDE : L4311-15 CSP</u> <u>Masseurs-kinésithérapeutes : L4321-10 CSP</u> <u>Pédicures-podologues : L4322-2 CSP</u> <u>L4314-4 CSP et L4314-5 CSP (sanction exercice infirmier illégal)</u> - L'original de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route signé par l'employeur et le salarié - Plan de formation individuelle ; - Entretien d'évaluation périodique <u>L6315-1 Code du travail (entretien professionnel-Secteur privé)</u> <u>L521-1 à 5 Code Fonction publique (appréciation de la valeur professionnelle tous les ans-Secteur public)</u> Les professionnels ont-ils eu : La consultation des bulletins du casier judiciaire (B3 [privé], B2 [public]) est-elle tracée dans un fichier de vérification ? <u>Art. 776 (3° et 9° alinéa) Code de procédure pénale (délivrance autorisée du bulletin n°2 du casier judiciaire)</u> <u>Décret 2019-381 du 29 avril 2019 (Professions réglementées nécessitant la consultation du casier judiciaire pour protéger la sécurité des personnes et des biens)</u> <u>D571-4 à D571-7 du Code de procédure pénale (vérification bulletin 2 casier judiciaire-secteur public-demandé par l'administration)</u> <u>L133-6 CASF (incapacité de travailler en ESSMS si condamnation pour crime ou délit cités dans l'article)</u> <u>CNIL-Secteur privé-déclaration de vérification des casiers (B3) dans un fichier de gestion du personnel sans garder de copie, fichier envoyé à l'ARS)</u> <u>L1222-2 du Code du travail recueil d'info pour apprécier les aptitudes professionnelles (casier judiciaire)</u>	Non Non Non Non	Il est noté l'absence de fiches de poste dans les dossiers consultés. Le plan de formation individuel et les attestations de formations sont absents des dossiers contrôlés. Seul un dossier trace la convocation à un entretien d'évaluation périodique. Les dossiers contrôlés contiennent les extraits B3 des bulletins du casier judiciaire. Écart 23 : Le suivi des dossiers administratifs des professionnels de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation et aux bonnes pratiques : - Les fiches de postes sont absentes; - Les plans de formation individuels et les attestations de formations sont manquants ; - Les comptes-rendus d'entretiens professionnels sont absents ; - Les extraits des casiers judiciaires B3 sont présents de longues dates dans les dossiers, seule la preuve de traçabilité de la consultation des casiers judiciaires sous forme de registre attesté par la direction doit demeurer ; - Les attestations d'inscription à l'ordre sont absentes du dossier pour les professionnels concernés.. Écart 24 : L'établissement et l'organisme gestionnaire n'ont pas transmis la liste des personnes et professionnels intervenant dans l'établissement afin que l'autorité de contrôle puisse effectuer les consultations des bulletins n°2 du casier judiciaire conformément à l'article L133-6 du CASF.

2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.8. Les intervenants/prestataires externes Quels sont les professionnels externes intervenant dans la structure ? L312-1 (II alinéa 4) CASF (qualification des professionnels) Article D344-5-15 Conventions d'exercice libéral pour les — Médecins libéraux — Kinésithérapeutes — Ergothérapeutes — Psychologues — Psychomotriciens — Orthophonistes — Diététiciens.	Oui Oui	Les deux seuls professionnels externes intervenants dans la structure sont un réflexologue et une socio-esthéticienne. L'établissement n'emploie aucun des praticiens mentionnés ci-contre via une convention.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. Le plan de formation des professionnels Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ? Article D344-5-10, 2°) Formation continue et soutien permanent des professionnels 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. HAS, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance », 2008 HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 Y-a-t-il des formations en internes au sein de la structure ? Y-a-t-il des professionnels en VAE actuellement ? Les professionnels ont-ils accès aux formations relatives: - 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), L4121-3 code du travail (DUERP : évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs) - A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance,	Oui Non Oui Oui Oui Non Non Non	Le plan de formation retrace les formations des années 2023, 2024 et 2025. Il est à noter pour l'année 2025 que l'organisme gestionnaire refuse à l'établissement les formations suivantes : Connaissances actualisées de l'autisme, douleurs chez la personne autiste, hygiène bucco-dentaire adaptée ESMS, prévention et gestion des violences en milieu professionnel. Le plan de formation mutualisé avec l'IME ne permet pas de tracer nominativement les agents de la MAS ayant suivi les formations depuis 2023. Le plan de formation transmis ne permet pas de tracer les formations internes suivies et prévues en 2025. est engagé dans une action de VAE pour une formation de moniteur éducateur. Oui en 2024 et en 2025 Oui en 2024 et en 2025 Non ni en 2024 ni en 2025 Non Non

	- Aux troubles du comportement et/ou sensoriels, - Aux « comportements problèmes », - Aux communications alternatives (Makaton, PECS, ...). <u>L4121-1 code du travail</u> (Employeur doit assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs)	Non Non Non	Non Non Non Écart 25 : Le plan de formation n'est pas conforme aux attendus réglementaires sur les thématiques liées à la promotion de la bientraitance, aux troubles du comportement, aux situations sanitaires exceptionnelles ; Le plan de formation ne permet pas d'identifier les salariés de manière nominative qui ont eu accès aux formations. En refusant l'accès aux formations dédiées aux troubles spécifique de l'autisme, l'organisme gestionnaire ne soutient pas la direction et les 11 nouveaux agents dans leur formation qui ont été recrutés entre le mois de mars 2024 et juillet 2025 ce qui contrevient aux articles D 344-5-10 et D344-5-16 du CASF.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.10. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels Existe-t-il une procédure d'accueil des nouveaux professionnels ? Encadrement et intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service. <u>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</u> Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un professionnel ayant une qualification égale ou supérieure ? <u>HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)</u> <u>HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » juillet 2008</u> L'établissement a-t-il mis en place un dispositif d'encadrement et d'intégration des nouveaux salariés ? Des stagiaires ? des intérimaires ? lesquels ? Réf. : Article D. 344-5-14, 2^{ème} alinéa du CASF et <u>Recommandations ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées »-Juin 2008</u> (§1.2.1, pp. 18 et suiv) Les nouveaux arrivants disposent-ils : - D'un identifiant/mot de passe individuel, - D'une fiche de tâches horaires ? - D'un plan de soins (récapitulatif des soins par usager/par unité) ?	Non Non Non Non Non Oui	Deux documents ont été transmis, l'un présentant l'organisme gestionnaire le second présentant l'établissement. Le livret d'accueil présentant l'établissement ne formalise ni l'encadrement ni l'intégration des nouveaux agents stagiaires ou salariés. En l'absence de projet d'établissement à jour la correspondance ne peut être établie. Non. Pour le nouveau salarié ni les modalités d'accompagnement par ses pairs ni le dispositif d'encadrement et d'intégration ne sont précisées dans ce document. Le document n'est pas à jour, il comporte des informations erronées tels que les noms des anciens membres de la direction ou du personnel soignant qui a quitté l'établissement. Le livret d'accueil ne précise pas cette information. Les tâches horaires par poste prévues au sommaire. Cependant le contenu est manquant. Le livret d'accueil est incomplet. L'utilisation de différents logiciels de soins est mentionnée dans le livret d'accueil.

	- Des procédures d'urgences et de soins - De la procédure de signalement, - De la procédure de prescription de contention ?	Oui Oui Non	Les procédures d'urgence et de soins sont listées dans le livret d'accueil. Ces procédures ne sont plus à jour. La procédure de signalement est présente. L'existence et le recours à la procédure de contention n'est pas détaillée. Écart 26 : Le livret d'accueil à destination des nouveaux salariés ne comporte pas les informations réglementaires attendues, n'a pas été mis à jour et n'est pas conforme ce qui contrevient à l'article D344-5-14 al 2 et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.11. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que : - Réunions d'équipe/service/secteur ; - Réunions Direction/professionnels, - Réunion de direction (direction/chef de service) <i>Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)</i> <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 page 17</i>	Oui Non Non	Les réunions d'équipe ont lieu [REDACTED] Le médecin ne participe pas à ces réunions car il est présent sur la MAS uniquement [REDACTED] Ces réunions ne sont pas tenus. Remarque 14 : Toutes les réunions ne sont pas organisées de manière régulière ce qui contrevient aux RBPP.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.12. L'organisation générale du planning des professionnels L'organisation générale (trame) des plannings est-elle formalisée dans un document ? Comment est organisée la planification des professionnels : (Roulement de travail, répartition des professionnels sur la journée, planification des temps de pause, répartition sur la semaine, horaires des professionnels, repos entre 2 prises de poste, ...)	Oui	L'organisation générale est formalisée par des plannings mensuels. Les plannings organisent le fonctionnement de la prise en charge : Pour les [REDACTED] Les jours et heures de présence et la désignation nominative ne sont pas précisés. Pour les [REDACTED] Le jour : [REDACTED] La nuit : [REDACTED]
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.13. Les plannings des professionnels Les professionnels disposent-ils de leur planning au moins 1 mois à l'avance ? Les plannings comportent-ils : - La date, - Le n° de version, - La mention de la qualification des professionnels (IDE, Educateur, faisant-fonction, ...) et de la fonction effectivement assurée (IDE, Educateur, ...),	Non Non Non Non	L'information n'est pas accessible dans les documents fournis (planning, fiches de poste et procédure d'accueil des professionnels). Aucune date de validité ni de mise à jour n'apparaît sur les plannings. Non Non

	- Les étages / unités d'affectation, - Les temps de travail, - Les temps de pauses, - Les absences et leur motif, - Une légende actualisée.	Non Oui Non Oui Oui	Non Oui Les temps de pause n'apparaissent pas dans les plannings et ne sont pas formalisés notamment y compris dans les fiches de tâches horaires. Oui Oui
			Remarque 15 : Les plannings ne sont pas diffusés un mois à l'avance et ne comportent pas : - La désignation nominative les jours et les heures de présence des IDE; - La date de validité et de mise à jour, le numéro de version, la mention et qualification des professionnels, les unités d'affectation et les temps de pause.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.14. Analyse des plannings Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent-ils aux effectifs prévus sur les plannings ? Globalement, les plannings, réalisés et prévisionnels, sont-ils cohérents avec l'organisation générale de la structure ?	Oui Oui	Oui Oui
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.15. Les fiches de poste des professionnels Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées mentionnant les éléments suivants : ? - 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...? 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.) Les fiches de poste comportent-elle : - Description des fonctions, - Lien hiérarchique, - Horaires de travail, - Prévention et gestion des risques en lien avec le poste.	Non Non Oui Non Non	Les fiches de poste transmises pour les accompagnants éducatifs et sociaux et les aides-soignants sont génériques, non nominatives. Il n'existe pas de fiche de poste nominative et détaillée par affectation et par qualification au planning dans les équipes éducatives et de soins. L'absence de fiches de poste distinctes entre les agents qualifiés (AS/AES/AMP) et les agents faisant fonction (FF AES) induit des glissements de tâches. Les fiches de poste des IDE et veilleurs de nuit n'ont pas été fournies. Les conduites à tenir, les marges d'initiatives, la délégation de tâches liée à la dispensation des médicaments des IDE vers AS/AES/AMP et les possibilités de recours au cadre d'astreinte ne sont pas décrites. Il n'est pas possible de faire le lien entre les fiches de poste et les fonctions tenues. Oui Non Non

		Remarque 16 : L'ensemble des fiches de poste demandées n'a pas été fourni. Les fiches de poste transmises ne sont pas nominatives et détaillées. Les missions des agents faisant fonction et des agents diplômées ne sont pas clairement définies par poste et par qualification.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.16. Les glissements de tâches Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ? <u>L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS</u> <u>D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES (AMP,AVS))</u> <u>R4311-1 CSP (missions IDE)</u> <u>L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'utilisateur)</u>	Choisir A la lecture des plannings, seuls aides-soignants sont présents dans l'établissement et sont répartis dans chaque équipe de jour et seulement un présent parmi les veilleurs de nuit. De plus, les fiches de poste des AS et AES sont communes aux AS et AES diplômés et agents faisant fonction et ne précisent pas : - Les modalités de délégation de tâches pour la dispensation des médicaments des IDE vers les AS, - Les modalités de dispensation des médicaments comme acte de la vie courante notamment vers les AES. Sans fiche de poste conforme et en l'absence d'IDE en fin d'après-midi, la nuit et les WE, ainsi que des modalités de préparation de médicaments en gouttes les WE et la préparation régulière de micropakine par des professionnels non-IDE font suspecter des glissements de tâches. Selon les 2 attestations de formations recueillies seules 6 personnes sur 14 apparaissant sur les plannings de la MAS ont bénéficié d'une formation à l'administration des médicaments. Ces documents ne comportent pas de dates. Écart 27 : Selon les plannings et les fiches transmises par la MAS, des glissements de tâches sont induits ce qui met en danger les personnes accueillies et contrevient à l'article L311-3 CASF.

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP) Un registre unique du personnel est-il tenu à jour <u>L1221-13 du Code du travail (registre unique du personnel)</u>	Oui	Au jour de l'inspection l'ensemble des personnels mentionnés au planning et à poste sont inscrits au RUP

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.2. Le support et le contenu des dossiers des usagers		
	Un dossier est-il tenu à jour pour chaque usager ? <u>D311 CASF (contrat de séjour)</u> <u>D344-5-4 CASF (contrat de séjour MAS)</u> <u>D344-5-11 CASF (accompagnement individualisé bilan pluridisciplinaire contrat de séjour)</u> <u>Guide DGAS dossier de la personne accompagnée en ESMS</u>	Non	Les dossiers administratifs d'usagers ont été vérifiés par sondage dont celui d'un usager bénéficiaire. La totalité des dossiers consultés n'est pas actualisés. Les dossiers sont constitués de manière disparate et non uniformisé. D'un dossier à l'autre, certaines pièces sont manquantes
	Le dossier administratif comporte-t-il les documents suivants :		
	Fiche de renseignements administratifs ;	Oui	
	Document unique d'admission ;	Non	Seul un dossier comporte le document unique d'admission.
	Notification CDAPH décision d'orientation ;	Non	Pour deux dossiers, une décision d'orientation de la CDAPH est manquante. Une décision concerne une orientation en IME.
	Evaluation des besoins à l'admission ;	Non	
	Contrat de séjour ou Document individuel de prise en charge (DIPC) ;	Choisir	Certains dossiers d'usager comportent des contrats de séjour qui ne sont pas à jour datés de [REDACTED] ou contrat de séjour expiré lié à l'accueil temporaire. Pour [REDACTED] il figure un contrat de séjour d'accueil au sein de l'institut médico éducatif colocalisé sur le même site que la MAS.
	Compte-rendu des réunions de synthèse ;	Non	Aucun compte-rendu de réunion de synthèse n'est mentionné au dossier. Des bilans sociaux datés de [REDACTED] sont présents pour [REDACTED] dossiers.
	Projet personnalisé ou individualisé d'accompagnement ;	Non	Le document est absent de l'ensemble des dossiers.
	Livret d'accueil et règlement de fonctionnement comportant la charte de la personne accueillie ;	Non	Les documents sont absents dans l'ensemble des dossiers.
	Attestation de remise des documents (règlement de fonctionnement, charte de la personne accueillie, livret d'accueil).	Non	Les documents sont absents dans l'ensemble des dossiers.
			Écart 28 : Le contenu des dossiers administratifs des usagers est incomplet et n'est pas actualisé. De plus, l'absence de contrat de séjour spécifique à une prise en charge en MAS ne permet pas de garantir l'existence du bilan pluridisciplinaire à l'admission et l'accompagnement individualisé prévus à l'article D344-5-4 du CASF.

2.3. Gestion d'informatio n	2.2.3. La complétude des dossiers médicaux La traçabilité des interventions des professionnels de soins est-elle effective ? Article D344-5-8 (contenu du dossier de soins/médical communicable)) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données cliniques) R4311-2 CSP (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers) R4321-2 CSP (transmission info et bilan du kiné au médecin prescripteur) DI, DM, DP : L1111-7 CSP (usager a accès à ses infos de santé/Autorité parentale si mineur)	Non	La traçabilité des soins par les équipes [REDACTED] est effective et se fait dans le logiciel [REDACTED] Il n'y a pas de traçabilité des [REDACTED] dans LIVIA. Les [REDACTED] ne sont pas formées au logiciel LIVIA. La traçabilité des [REDACTED] se fait sur un document papier stocké dans l'infirmerie. La traçabilité des distributions par les professionnels [REDACTED] formés se fait également sur une feuille de distribution. Le médecin trace les informations dans le logiciel [REDACTED] Écart 29 : La traçabilité des dossiers médicaux se fait sur plusieurs supports et documents (papiers, logiciel) rendant difficile la consultation et la transmission des informations entre soignants ce qui contrevient à la sécurité des personnes (article 311-3 CASF).
	Évaluation pluriprofessionnelle coordonnée est formalisée et tracée dans le dossier médical du résident ? Est-elle régulièrement réévaluée ? Article D344-5-11	Non	Non ces éléments n'ont pas été retrouvés dans les dossiers des personnes concernées. Des réunions pluridisciplinaires ont lieu les jeudis après-midi mais le médecin n'y participe pas car il est présent sur la MAS les vendredis. Il existe parfois et ce de façon non systématisée dans les dossiers des personnes des éléments de transmission sur ces réunions pluridisciplinaires. Écart 30 : Le médecin ne participe pas aux réunions pluridisciplinaires qui concernent les personnes accueillies ce qui contrevient à l'article D344-5-11 CASF.
	Synthèse médicale datant de moins de 1 an présente dans les dossiers médicaux	Oui	Oui.
	DLU identifié classé ou possibilité d'édition du DLU ⁵? Article D344-5-8	Non	Les DLU existent en format papier mais sont à mettre à jour régulièrement. Aucune procédure pour les situations d'urgence n'a été mise en évidence. Remarque 17 : La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence de DLU dans le logiciel de soins LIVIA.
	Il existe un projet de soins dans un dossier médical/de soins, avec objectifs et échéances ?	Non	Le projet de soins au sein du projet personnalisé n'existe que pour 2 personnes sur les 14 de la file active.

⁵ Si urgence la nuit, DLU prêt ou édition extemporanée ? par qui ? Quels droits d'accès ?

	Existe-t-il un plan de soin individualisé⁶ ? Cibles ou diagnostics infirmiers/soins Traçabilité des réalisations et possibilité d'édition du taux de réalisation Référent identifié ? Article R4311-5, 19°) CSP Article L311-3, 3°) CASF Article D344-5-11 CASF		Écart 31 : Le projet de soins n'est pas renseigné pour la plupart des personnes accueillies ce qui contrevient à l'article D344-5-11 CASF Il existe un plan de soins dans le logiciel de soins [REDACTED] personnalisé.
	Il existe dans le dossier de soins un bilan de l'état buccal et dentaire du résident ? Dates des dernières mises à jour ?	Oui	Il existe une convention avec le réseau Rhapsod'IF.
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur⁷ ? Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ? 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.	Non	Ce n'est pas tracé dans le logiciel de soins. Écart 32 : La douleur n'est pas tracée dans le logiciel de soins [REDACTED] même dans en cas de prescription conditionnelle d'antalgiques ce qui contrevient à l'article R4311-2 CSP.
2.3. Gestion d'information	2.2.4. Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers 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)	Oui	Oui. Les dossiers au format papier sont conservés dans des armoires sécurisées et sur format dématérialisé.
	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	Oui	Le dossier médical numérisé comporte des comptes-rendus de consultation annuelle de synthèse, des CR de consultation en cas de problème intercurrent, les prescriptions, de la biologie.

⁶ Edition du plan de soin d'une IDE, d'une AS, d'une AES, d'une veilleuse pour la semaine en cours

⁷ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

	Dossiers informatisés et papiers Biologie et Rx Ordonnances Article R4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales)		
	2.2.5. Le dossier de soins		
	Dossier paramédical ? diagnostic infirmier ? utilisé par tous les PDS ? codes nominatifs ? Article R4312-35 CSP (IDE DSI et protection données dossier de soins)	Non	Aucun dossier ni diagnostic infirmier n'a pu être mis en évidence au cours de l'inspection. Écart 33 : L'absence de diagnostic infirmier contrevient à l'article R4312-35 du CSP
2.3. Gestion d'information	2.2.6. Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux Les observations et bilans des intervenants extérieurs sont-ils tracés dans les dossiers des usagers ?	Oui	Les éléments pertinents des intervenants extérieurs médicaux, des résultats de biologie et d'imagerie sont repris par le médecin de la MAS dans ses observations médicales.

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. L'état général du bâtiment Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?	Non	Durant la visite des locaux, la mission a constaté que plusieurs endroits étaient dégradés. Un registre mensuel permettant de solliciter l'agent d'entretien est mis à disposition à l'entrée mais il n'a pas été renseigné depuis plusieurs mois :
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. Le suivi des réparations Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Non	Les constats effectués le jour de l'inspection permettent d'établir que le suivi des réparations ne fait pas l'objet d'une organisation fonctionnelle. Certains locaux et équipements ne sont pas opérationnels et peuvent constituer un danger pour les personnes accueillies et les salariés de l'établissement : - La salle de balnéothérapie n'est plus fonctionnelle depuis 2021, s'agissant d'un accompagnement à la prise en charge ; - Certains interrupteurs sont dégradés et présentent un risque pour la sécurité des personnes accueillies ; - Les équipements de chasse d'eau, porte savon de certains sanitaires ne sont pas fonctionnels ou manquent d'ergonomie ; - Les équipements de type stores bannes déposés et en cours de travaux sont stockés dans les jardins extérieurs et accessibles aux personnes accueillies.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 18 : La direction de l'établissement ne prend pas les dispositions nécessaires permettant d'assurer la traçabilité de l'entretien et des travaux et ne met pas en œuvre une organisation fonctionnelle permettant les réparations et les petits travaux du quotidien.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. L'accessibilité PMR des locaux 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 ? <u>L. 311-3 CASF</u> (<i>Respect de la dignité et liberté d'aller et venir de l'utilisateur</i>)	Partiellement Oui Non	Pour les personnes en fauteuil roulant, les possibilités de déplacement sont entravées par des ressauts et différences de niveaux pour accéder aux jardins. Les barres de soutien sont absentes des couloirs. Il n'existe pas de systèmes de lèves-personnes. L'établissement est organisé en plain-pied. Il n'y a aucune signalétique spécifique adaptée au handicap. Écart 34 : La configuration des circulation horizontales (absence de barre de soutien, la présence de ressauts et différences de niveaux) ne garantit pas la liberté d'aller et venir des personnes accueillies et ne leur permet pas d'accéder à l'information ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

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. Fonctionnalité et hygiène des locaux Les locaux sont-ils en nombre suffisant et de dimension appropriée pour l'ensemble des activités : - Activités - Rééducation,	Non Non	L'ensemble des locaux ne permet pas les accès aux activités éducatives et de sociabilisation. La mission d'inspection a constaté que : - Les différentes pièces dédiées aux activités sportives ne sont pas rangées et ordonnées après chaque activité ; - Dans la cuisine thérapeutique des manquements à l'hygiène sont constatés : les réfrigérateurs, l'évier, le congélateur, les fours de cuisson et micro-ondes sont sales et ne sont pas nettoyés. Les sols et le plan de travail sont collants. Le stockage, la conservation et des emballage denrées alimentaires ouvertes et périmées ont été observées ; La salle de balnéothérapie n'est pas fonctionnelle et sert de salle de stockage. La dernière utilisation est datée de 2021. Remarque 19 : Les pièces dédiées aux soins, aux activités et à la rééducation ne sont pas nettoyées, rangées et fonctionnelles.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.4.2. Les chambres		La mission d'inspection n'a eu accès qu'à la chambre d'accueil temporaire.
	Equipement de la chambre ?		Elle dispose de mobilier et se compose d'un lit, d'une armoire et d'une commode.
	Sécurités (fenêtres)		La fenêtre dispose de système de verrouillage à clef.
	Sanitaires et salles de bain individuels		La chambre est équipée de sanitaire et de salle de bain individuels.
	Sanitaires et salles de bain communs		Les locaux de la MAS disposent de sanitaires individuels.
	Système d'appel malade : description, reports, fonctionnel, traçabilité des appels, audits réguliers, action corrective pour non-réponses identifiées		Il n'existe pas d'appel malade. Afin de pouvoir intervenir auprès de la personne en cas de chute, il a été indiqué à la mission d'inspection que des bracelets sont envisagés.
	Accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie Article D344-5-3 CASF		L'établissement offre la possibilité d'accueillir et d'organiser les activités par petits groupes.
	Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ; Article D344-5-3 CASF		Les chambres individuelles permettent à chaque personne accueillie de préserver un espace de vie privatif.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. La circulation dans les locaux Les couloirs utilisés par les usagers sont-ils : - Les plus spacieux possibles, - Dépourvus de piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles ; - Constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol.	Oui Oui Oui	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.4. La salle d'apaisement La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait et l'apaisement des usagers ? ANESM « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement »-2016 RBPP «Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement »-ANESM-2009	Non	Remarque 20 : L'établissement ne dispose pas de salle d'apaisement ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques dédiés à un accompagnement de qualité des personnes avec autisme.

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. Les déchets associés aux soins à risques infectieux (DASRI) Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ? R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI) Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ?	Non Partiellement	Le contrat fourni n'est pas signé par le représentant de l'établissement. C'est un devis et pas une convention. Il n'existe pas d'évaluation de quantité de DASRI à éliminer au sein de la MAS par semaine ou par mois ni de convention pour le stockage et l'élimination. Non. Une boîte à aiguilles usagées est stockée dans l'infirmerie.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<u>Arrêté du 7 septembre 1999</u> (modalités d'entreposage des DASRI et pièces anatomiques)		<u>Écart 35 :</u> En n'ayant pas signé de convention pour l'élimination des déchets associés aux soins à risques infectieux et en ne disposant pas de local de stockage dédié, l'établissement contrevient à l'article R1335-3 du CSP et à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
2.5. Sécurité	2.5.2. Les vaccinations des usagers 2.5.3. Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle		Certains dossiers numérisés de personnes accueillies ne comportent pas les dates de vaccins obligatoires (tétanos, coqueluche...). <u>Écart 36 :</u> La traçabilité des vaccins obligatoires n'est pas exhaustive ce qui contrevient à l'article L311-2 CSP.
2.5. Sécurité	2.5.4. L'aide à la prévention des chutes 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 ? <u>L311-3 (1°) CASF</u> (sécurité de l'utilisateur)	Non	<u>Écart 37 :</u> L'absence de barres d'appuis, et de lèves-personnes dans les locaux, certains sanitaires et dans l'infirmerie ne permet pas de prévenir les chutes ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. Cet écart est complémentaire au point de contrôle 2.3.3.
2.5. Sécurité	2.5.5. La prévention des fugues La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues adapté ? <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité de l'utilisateur)	Oui	Les accès aux bâtiments et jardins de la MAS sont systématiquement fermés. La MAS est elle-même située sur un terrain dont les accès des piétons et des véhicules sont filtrés et contrôlés.

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

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n°SIICEA 2025 IDF 00062

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Qui donne son avis sur les dossiers d'admissions ? Les motifs de refus sont-ils notifiés aux familles ? Y a-t-il une visite de préadmission pour l'usager et sa famille ? 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 Oui Oui	L'admission est prononcée par le directeur d'établissement et sa décision est portée à la connaissance du demandeur et de ses représentants légaux par courrier. Cela fait partie de la procédure écrite d'admission. Une visite est proposée après la préselection de la candidature et les RDV médicaux de pré-admission. La procédure précise qu'une période d'évaluation via l'accueil temporaire pour l'internat et les stages pour l'externat) est proposée à l'usager en fonction des possibilités d'accueil. Écart 38 : Les critères de sélection relatifs aux profils des usagers (TSA, TND) décrits dans la procédure d'admission n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation. Remarque 21 : La procédure d'admission commune aux établissements du site n'est ni signée, ni datée. Les entretiens menés lors de l'inspection montrent qu'elle n'est pas connue des professionnels, ce qui ne permet pas d'en garantir l'application. De plus, le médecin psychiatre a quitté les effectifs, sans être remplacé par un autre médecin, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques.
	Bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission <u>Article D344-5-11</u> CASF	Non	La procédure mentionne l'élaboration de ce bilan au moment de la période d'évaluation. Néanmoins, l'étude des dossiers des personnes accueillies a mis en évidence que les bilans n'étaient pas systématiquement réalisés au moment de l'admission et certains d'entre eux sont anciens (ils dates de l'admission au sein de l'IME et n'ont pas été actualisés au moment de l'admission au sein de la MAS). Écart 39 : Le défaut de réalisation systématique d'un bilan pluridisciplinaire de l'état général de la situation de la personne contrevient à l'article D. 344-5-11 du CASF.
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 ?	Non investigué	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	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 ?	Non investigué	
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour Un DIPC est élaboré à l'admission de l'utilisateur ? L311-4(4^e alinéa) CASF (contrat de séjour) 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 ; 3° Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant. Article D344-5-4 CASF La participation et le consentement de l'utilisateur sont recherchés lors de l'élaboration du DIPC ? (Signature de l'utilisateur ou son représentant légal) L311-4(4^e alinéa) CASF (participation de l'utilisateur au DIPC) L311-4(5^e alinéa) CASF (consentement de l'utilisateur au DIPC)	Non Non Non	Écart 40 : Les DIPC étudiés le jour de l'inspection ont mis en lumière une absence de conformité aux attendus à l'article L311-4 CASF.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. Le livret d'accueil Un livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal ? L311-4 CASF (livret d'accueil remis à l'utilisateur et son représentant légal) Le livret d'accueil comprend-il : - La charte des droits et libertés de la personne accueillie ; - Le règlement de fonctionnement ; L311-4 CASF (contenu livret d'accueil) Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 (contenu du livret d'accueil)	Non Non Non	Le contrôle des dossiers des usagers, tel qu'évoqué ci-dessus, met en évidence le fait que l'établissement ne peut apporter la preuve que le livret d'accueil est remis à l'utilisateur et/ou à son représentant légal. Écart 41 : L'absence de DIPC, contrat de séjour, livret d'accueil et règlement de fonctionnement dans les dossiers des usagers contrevient à l'article L. 311-4 du CASF

3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. Les médecins traitants Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ? <u>L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)</u>	Non	Les personnes accueillies n'ont pas de médecin traitant dans la grande majorité selon la consultation des dossiers médicaux (médecins traitants sont identifiés pour les usagers sur les [] présents). Il existe un médecin généraliste coordonnateur, en CDD, au sein de l'établissement. C'est le médecin généraliste coordonnateur qui fait office de médecin traitant pour les personnes accueillies. Écart 42 : Dans la grande majorité, les personnes accueillies n'ont pas de médecin traitant, ce qui porte atteinte à leur sécurité (article L311-3 CASF).
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.6. Les transmissions inter équipes Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ? Qui assure le pilotage des transmission inter équipes ? Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ? Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) <u>L 311-3 (4°) CASF (confidentialité des infos concernant le résident)</u> <u>R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique)</u> <u>R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)</u>	Non Non Oui Non	L'étude des plannings au jour de l'inspection montre que les équipes travaillent de [] de [] et de [] (pour l'équipe []). Cette organisation ne permet pas le chevauchement des équipes. Durant les entretiens, il a été indiqué à la mission d'inspection était actuellement en cours pour réviser cette organisation de manière à structurer des temps de chevauchement qui seront dédiés aux transmissions inter-équipes. Les IDE formulent leurs transmissions sur papier. Les aides-soignantes, les AES et les AMP enregistrent leurs transmissions dans le logiciel LIVIA. Écart 43 : L'absence de chevauchement des équipes et la multiplication des supports de transmission ne garantissent pas la sécurité des usagers et contreviennent aux dispositions de l'article R4311-1 du CSP et L311-3 CASF.

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	3.2.1. Les outils d'évaluation Quelles sont les modalités et outils/échelles d'évaluation des besoins, des capacités et de l'autonomie des usagers ? <u>L311-3 (3°) CASF</u> (accompagnement individualisé respectant les besoins de l'utilisateur)	Non	Seuls [] projets personnalisés ont été présentés à la mission précisant les objectifs de prise en charge. Des grilles d'évaluation reprenant ces objectifs sont annexées aux projets, mais ne sont pas renseignées.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.2. Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) : Chaque usager a un projet individualisé d'accompagnement ? <u>L311-3 (3°) CASF</u> (PAI et consentement l'utilisateur) <u>Article D344-5-11</u> (Accompagnement individualisé défini dans les contrats de séjour) Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ? <u>Article D344-5-11</u> (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) Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ? <u>Article D344-5-10 CASF</u> Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ? Existe-t-il des réunions de synthèse régulières ?	Non Non Non Partiellement Partiellement	Seuls [] projets ont été élaborés. Un planning de réévaluation des projets personnalisés a été communiqué à la mission d'inspection. L'analyse de ce planning met en évidence une réévaluation pour 14 personnes entre le mois d'avril 2025 et le mois d'octobre 2025. Cependant, la validation de ces actualisations par leur présentation à la personne et à son représentant légal montre que seuls 2 projets ont été élaborés. Les entretiens menés auprès des professionnels corroborent ce constat. Selon les propos recueillis, chaque personne accueillie a un ou deux référents, désignés en réunion sous la supervision du chef de service. Cependant, le document transmis daté du 04 mars 2025 désignant les référents , il apparaît que seuls [] usagers disposent d'un référent. Selon les entretiens menés auprès des professionnels, les familles sont informées de l'évolution des projets personnalisés par le biais de la communication quotidienne, via les cahiers de transmission notamment ou les rencontres. Il n'existe pas de bilan spécifique rédigé, transmis à la famille. Le planning d'élaboration des PP met en évidence une fréquence mensuelle en moyenne de ces réunions du [] puis une programmation qui prévoit une réunion [] à partir de la fin du mois [] Écart 44 : L'absence de projet individualisé d'accompagnement et de référent pour l'ensemble des usagers contrevient à l'article L. 311-3 du CASF

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 ? <i>L311-3 (6°) CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition)</i> <i>L311-5 CASF (appel à une personne qualifiée)</i>	Non	L'arrêté 2024-ETS-CST-076 du 03 février 2025 est affiché dans l'établissement. En revanche, l'annexe 1 listant les personnes qualifiées n'est pas disponible Écart 45 : Le défaut de communication de la liste départementale des personnes qualifiées contrevient aux dispositions de l'article L.311-5 du CASF
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. <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, ... <i>L311-3 (1°) CASF (Sécurité des usagers)</i>	Oui	Des photos sont installées à côté des portes de chambres permettant d'identifier la personne qui y est installée. Une photo est également existante sur les blisters préparés par la pharmacie.

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 ? 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 Oui Non	Les entretiens menés auprès des familles montrent que la communication est difficile et que l'ensemble des informations concernant les personnes accueillies sont partiellement communiquées. Les familles déplorent le fait que les informations qu'elles transmettent à l'établissement soient insuffisamment prises en compte. Les familles et/ou représentants légaux sont réputées être reçues une fois par an, dans le cadre du suivi du projet personnalisé. La mission d'inspection n'a toutefois pas été destinataire d'éléments permettant de vérifier l'exactitude de cette information. Des cahiers de transmission entre familles et encadrants sont rangés dans une salle du bâtiment. Ces cahiers sont confiés aux familles le vendredi soir, au moment du départ en week-end. Néanmoins, certains résidents ne retournent pas à domicile systématiquement et les professionnels ont indiqué que les familles de ces personnes venaient rarement dans l'établissement. La mission d'inspection n'a pas identifié d'outils permettant la communication auprès de ces personnes.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 22 : Les relations avec les familles ne satisfont pas aux recommandations de bonnes pratiques, par manque d'écoute et défaut de communication.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. Vie relationnelle, affective et sexuelle Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ? Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ? Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ? <i>Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. 5 juillet 2021</i>	Partiellement Non Non	L'organisation générale de l'établissement rend difficile parfois la distinction entre l'IME et la MAS. Une convention est en cours d'élaboration avec Handigynéco. La description d'une journée type montre que les personnes accueillies en journées ont un espace dédié, qui n'est pas accessible aux autres personnes accueillies mais qui est partagé avec l'IME. Écart 46 : L'absence d'actions en faveur de la vie relationnelle, affective et sexuelle contrevient aux orientations de la circulaire n° GCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences du 5 juillet 2021.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. Le transport des usagers Y a-t-il une organisation pour le transport: - Entre leur domicile et la structure ? <i>Art L344-1-2 du CASF</i> <i>Art R314-208 du CASF</i>	Non	Dans le règlement de fonctionnement il est indiqué que l'établissement prend en charge les transports entre l'établissement et le domicile. Il est également indiqué que ces transports sont mutualisés avec l'IME pour les personnes accueillies en journée. Écart 47 : Le transport étant mutualisé avec l'IME, il ne fonctionne pas pendant les périodes scolaires ce qui contrevient aux articles L344-1-2 et le R314-208 du CASF.. La MAS doit fonctionner en plateforme de services coordonnés 365 jours par an. L'établissement ne peut pas arrêter la prise en charge des transports en fonction des horaires de l'IME. La mutualisation du transport IME et MAS implique aussi une prise en charge commune des enfants et des adultes ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques professionnelles. Les prises en charge dissociées des publics accueillis enfants et adultes nécessitent des accompagnements spécifiques. Ce constat déjà effectué lors de la visite de conformité du 28 novembre 2024.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.2. Les activités		Les informations transmises à la mission d'inspection montrent qu'un planning d'activité est établi à l'année pour les personnes prises en charge par la MAS. Globalement, les activités se déroulent chaque jour de 10h à 12h et de 14h à 16h par groupes de 2 à 6 résidents. Des sorties régulières sont organisées : Randonnée les lundi, mardi et vendredi ; Piscine les mercredi et vendredi, Sortie sociale le mercredi. Ce planning d'activités ne concerne que les personnes accueillies en internat. Y figure une personne qui n'est pas identifiée dans la liste des personnes inscrites dans la file active. L'étude de ce planning montre que les personnes accueillies participent à 2 à 7 activités de groupe par semaine. Remarque 23 : La mission d'inspection n'a pas pu constater la corrélation de ces activités avec les besoins et les attentes des personnes accueillies. En effet les projets personnalisés ne sont établis que pour 2 personnes.

3.6. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3.6.1. Le suivi de l'hygiène corporelle L'hygiène corporelle des usagers fait-elle l'objet d'une programmation, organisation ? L'hygiène corporelle des usagers est-elle suivie et tracée ? <i>L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité selon leurs besoins)</i>	Non Partiellement	Il existe un tableau de répartition des douches et des petites toilettes, datant du 30/07/2024 : Un protocole d'accompagnement à la toilette a été rédigé postérieurement à la visite d'inspection, daté du 17/07/2025 et signé des IDE, du chef de service et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.2. Les changes Les changes sont-ils effectués aussi souvent que nécessaire ? <i>L311-3 (1°) CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)</i> Y a-t-il des temps planifiés pour des passages aux toilettes et les changes ?	Non Non	Dans le cadre des entretiens avec les familles et les professionnels, il est apparu que des problèmes d'hygiène intimes récurrents ont été constatés par les médecins urgentistes notamment. Écart 48 : La mission n'a pas constaté la mise en œuvre de ce protocole, la traçabilité des soins d'hygiène et la régularité des changes dans le logiciel de soins. Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne accueillie, la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge ne sont pas garanties ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. Ecart commun 3.6.1 et 3.6.2.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.3. Le circuit du linge Y a-t-il une procédure de la gestion du linge : - Plat ; - De toilette ; - Des vêtements personnels.	Non Non Non	La mission d'inspection n'a pas connaissance d'une telle procédure. Un document portant sur le circuit du linge, rédigé par le prestataire en charge du traitement du linge a été transmis. Il s'agit d'un document présentant des préconisations mais il ne porte aucune mention permettant de garantir que ces préconisations sont formulées spécifiquement pour la MAS Pavillon Royal. Remarque 24 : Le document transmis ne permet pas d'identifier une procédure de gestion du linge adaptée à l'établissement.

3.7. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.1. La conception des repas Les repas des usagers sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leurs besoins ? <i>L230-5 (alinéa 1) Code rural et de la pêche maritime (Gestionnaire de restauration en ESSMS : respect qualité nutritionnelle, choix des aliments, ... D230-29 Code Rural et de la pêche maritime (exigences requises pour équilibre nutritionnel en ESMS). Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS (Critère d'équilibre nutritionnel)</i>	Non	En l'absence de transmission de compte-rendus des commissions des menus et d'enquête annuelle de satisfaction, la mission d'inspection a mis en évidence l'absence de communication entre l'établissement et les familles au sujet de l'adaptation des repas. Par ailleurs, la mission d'inspection a recueilli lors d'entretiens avec les familles les informations suivantes : - Des pizzas ou croque monsieur seraient proposés pour des personnes en régime haché, qui évoque le non respect des prescriptions des régimes et textures ; - la qualité et la quantité des repas ne sont pas satisfaisantes. Par ailleurs, dans les dossiers informatisés (LIVIA) la mission d'inspection a ponctuellement constaté l'absence de desserts et l'absence de plat témoin. Remarque 25 : Les représentants au CVS expriment une absence de régime adapté aux besoins spécifiques de leurs proches.
	Il y a-t-il une commission des menus ?	Non	Les entretiens relèvent qu'il existe une commission des menus ainsi qu'un cahier de commission des menus qui permettrait de recueillir les réclamations et difficultés des personnes concernées ainsi que les corrections envisagées. Le procès-verbal des commissions menus n'est pas affiché dans l'établissement. Remarque 26 : L'établissement n'est pas en mesure d'apporter la preuve de l'existence d'une commission des menus.
	Les repas sont-ils préparés : - Sur place	Oui	Oui

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Par un prestataire de restauration collective ? 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, ...) ? <u>L311-3 (3°) CASF (accompagnement individualisé respectant les besoins de l'utilisateur)</u> <u>HAS- Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux</u> • mars 2022 (page 17 : 2.2.2 - Les professionnels respectent la dignité et l'intégrité de la personne accompagnée, page 18 : 2.4.4 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de dénutrition, malnutrition et/ou des troubles de la déglutition auxquels la personne est confrontée)	Oui Oui Oui	Oui Le contrat n'a pas été demandé. La restauration est assurée par un prestataire extérieur (SODEXO) qui assure l'ensemble des prestations hôtelières d'entretien et de restauration. Un chef cuisinier est sur place confectionnant les plats au sein même de l'établissement (liaison chaude). Oui dans la liste de régimes et textures fournie, il est noté la possibilité d'un régime haché par exemple.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.2. Les salles de restauration Quels sont les horaires de repas et de collations ? <u>Ministère économie, industrie et numérique-Recommandation nutrition groupe d'étude des marches de restauration collective et nutrition GEM-RCN-2015 (page 17)</u> <u>Site du Ministère des solidarités -Guide d'action pour les personnes en situation de handicap (enfants/adultes)-2023</u>	Non	Il existe une salle de restauration dédiée aux adultes de la MAS. Les repas sont servis dans la salle à manger de la MAS. Il existe une petite cuisine pour des ateliers, des repas thérapeutiques, attenante à la salle de restauration de la MAS, avec un réfrigérateur sans contrôle de la température. La mission d'inspection a constaté des manquements à l'hygiène et à la propreté dans la cuisine thérapeutique (four, tiroirs, plan de travail, réfrigérateur). Remarque 27 : Les conditions d'hygiène ne sont pas remplies dans la petite cuisine attenante à la salle de restauration. Les horaires des repas : Petit-déjeuner : Il démarre vers [REDACTED] le plus souvent mais peut parfois être proposé vers [REDACTED] ; il existe une fiche repas pour les [REDACTED] personnes dites en MAS « internat » stockés dans la cuisine adjacente à la salle de restauration. [REDACTED] professionnels dont [REDACTED] exerçant depuis de nombreuses années, [REDACTED] Déjeuner : Le midi, il existe [REDACTED] services, de [REDACTED] à [REDACTED] heures. Le premier service débute à midi et concerne les [REDACTED] personnes qui ont le plus besoin d'aide pour s'alimenter avec [REDACTED] personne concernée par table. Le [REDACTED] service réunit [REDACTED] personnes ou plus [REDACTED] professionnels sont là pour la surveillance. Goûter : Il a lieu vers [REDACTED] et dure [REDACTED] [REDACTED] professionnels sont également. Dîner : Il est servi en [REDACTED] services également comme [REDACTED] Il n'existe pas de collation le soir.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les périodes de jeun sont-elles inférieures à 12 h ? <i>Recommandations du GEM-RCN-2015 (jeûne nocturne, horaires repas (page 4.2.1))</i>	Non	Remarque 28 : En l'absence de collation le soir et compte-tenu des éléments décrits, il n'est pas possible d'éliminer une durée du jeûne nocturne supérieure à 12h ce qui contrevient aux RBPP.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.3. Les régimes, textures Les régimes alimentaires et les textures modifiées (liquide, gélifiée, mixé, haché) sont-ils prescrits ? Les différents régimes et textures sont-ils répertoriés dans un document unique tenu à jour ? Les régimes et textures sont-ils transmis régulièrement à la cuisine ?	Non Non Non	Il a été rapporté que le médecin prescrit les régimes et textures à partir des informations communiquées par les [] concernant les besoins spécifiques des personnes concernées. Néanmoins, sur les [] personnes concernées et qui sont en régime haché sur la fiche des régimes et textures, [] seule prescription a été constatée dans les prescriptions informatisées [] et elle date de [] La fiche des régimes et des textures date de [] confirmant la non-actualisation des informations transmises à la cuisine. Le besoin de texture ou de régime adaptés n'est pas fait systématiquement auprès de la cuisine.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.4. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (Exemple : Test du verre d'eau) <i>Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux • mars 2022 (page 18 : 2.4.4 - Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement aux risques de dénutrition, malnutrition et/ou des troubles de la déglutition auxquels la personne est confrontée.</i> Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	Non Non	Il n'existe pas à l'admission des personnes de dépistage du risque de fausses routes ce qui contrevient aux RBPP. Il existe une procédure sur les troubles de la déglutition en date de [] mais qui est notée comme rédigée et approuvée par des professionnels arrivés dans la [] ce qui n'est pas cohérent. Par ailleurs, il est impossible de savoir si la procédure a été transmise aux professionnels notamment aux encadrants des repas. Écart 49 : La mission d'inspection constate que la sécurité et la qualité de la prise en charge des personnes accueillies n'est pas garantie au regard des constats suivants : - Il n'existe pas à l'admission des personnes de dépistage du risque de fausses routes ce qui contrevient aux RBPP. - La procédure sur les troubles de la déglutition n'est pas à jour. - Il n'existe pas de formation à la détection des fausses routes ce qui contrevient aux RBPP. Ces constats contreviennent à l'article L-311-3 du CASF.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.5. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ?	Non	Remarque 29 : Le niveau de satisfaction recueillie au cours de l'inspection pour les repas est faible et aucune enquête de satisfaction n'a été réalisée ce qui contrevient aux RBPP.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y a-t-il un suivi de l'état nutritionnel (poids, IMC) ? Quelles sont les actions en cas de dénutrition/obésité ou troubles de l'alimentation (CNO, aide, stimulation, ...)? <u>L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité),</u> Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS) GuideNutrition_3S_Nouvelle-approche-de-la-restauration-pour-la-personnes-en-situation-de-handicap_AdapeiLoire.pdf Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS	Non	Le suivi du poids et IMC sont annoncés comme évalués une fois par mois mais la traçabilité de la courbe de poids mensuelle n'a pas été retrouvée dans les documents à disposition. Remarque 30 : Dans le logiciel [REDACTED] au sein des dossiers médicaux, le poids n'est pas tracé tous les mois mais plutôt tous les 2 à 3 mois même en cas de perte de poids ce qui contrevient aux RBPP.

3.8. La dispensation des soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.8.1. L'organisation des soins		Le projet d'établissement (PE) fourni couvre la période 2013-2018.
	3.8.1.1. L'organisation des soins définie par le PE Le PE précise l'organisation de la coordination des soins ? Existe-t-il un projet de soins actualisé ? Le projet d'établissement ou de service prévu à l'article L. 311-8 : 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 ; 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 ; 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	Non	Lors de la visite de conformité réalisée en novembre 2024, ce point avait déjà été évoqué et aucun calendrier pour construire un PE actualisé n'a été élaboré depuis la visite de conformité. Une trame générique de PE de l'organisme gestionnaire SOS Solidarités a été fournie mais n'a pas été travaillée en particulier sur la coordination des soins. Écart 50 : En l'absence de projet d'établissement en cours de validité, il n'a pu être constaté ni la mise en œuvre d'un projet de soins actualisé, ni la coordination des soins, ni les procédures et le contenu de la collaboration définis aux articles L. 311-8 et D344-5-5 du CASF ce qui est non conforme.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ; Article D344-5-5 CASF		
	3.8.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante Existe-t-il un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge médico-soignante? ETP ? Astreintes médicales ? Modalités ? CE médecin dispose-t-il d'un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions ? Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins) 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). Recommandations régionales de l'ARSIF « Parcours de soins en EMS handicap : aspects organisationnels et ressources mobilisables », 30/04/2020	Non	Il existe un médecin généraliste qui a pour mission première la coordination et le passage en plate-forme mais qui de façon importante fait de la prescription. Il travaille au sein de la MAS mais aussi au sein du SESSAD et de l'IME Pavillon Royal. Il existe un contrat de travail en CDD pour ce médecin généraliste prolongé sous forme d'avenants dans lequel est inscrit que son rôle est d'accompagner l'établissement dans la transformation en plate-forme des établissements. « un surcroît temporaire de travail de l'activité habituelle de l'Etablissement dû à la transformation de l'offre. », « A titre d'information, le contractant exercera ses fonctions dans l'établissement MAS PAVILLON ROYAL au 301 avenue du Pavillon Royal 77176 NANDY. Il est également précisé que le salarié est chargé de la coordination pour les établissements suivants : ▫ SESSAD PAVILLON ROYAL au 301 avenue du Pavillon Royal – 77176 NANDY ▫ IME PAVILLON ROYAL au 301 avenue du Pavillon Royal – 77176 NANDY » Le contrat a démarré [REDACTED] Il n'y a pas de lisibilité sur la suite de cette collaboration. L'inscription à l'ordre des médecins de Seine-et-Marne a été transmise. Il exerce à [REDACTED] ETP et est présent le [REDACTED] au sein des établissements Pavillon royal. [REDACTED] Il dispose d'une fiche de poste générique non nominative, sans date ni signature. Il réalise les consultations annuelles d'évaluation pour le projet accompagnement mais aussi intervient chaque semaine en cas de troubles comportement-problèmes aigus, ou bien en cas de problèmes de vaccinations ou autre situation aigue, ou courrier d'adressage à écrire. Il ne réalise pas d'astreinte. D'après les différents éléments recueillis lors de l'inspection, le médecin porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique et assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins. Néanmoins la cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins identifiés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	La coordination médicale est-elle effective Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)	Non	Il existe des éléments rendant compliqués la coordination des soins comme l'absence d'IDE les weekends et les soirs, le temps de présence du médecin à [REDACTED] ainsi que les tâches importantes de prise en charge clinique des personnes accueillies. Il n'y a pas de passage de professionnels de la rééducation même en cas de fracture chez une personne accueillie dans la MAS par exemple. Écart 51 : La coordination médicale, faute de temps du médecin, n'est pas effective ce qui contrevient à l'article D344-5-3 CASF.
	Continuité pendant les congés et absences du MedCo	Choisir	Pendant les absences du [REDACTED] ce sont les dispositifs d'urgence comme SOS médecins ou les SAU hospitaliers qui gèrent les situations aiguës.
	Est-il établi un rapport d'activité médical annuel ? conclusion et plan d'amélioration ?	Non	Remarque 31 : Il n'existe pas à la connaissance de la mission d'inspection de rapport médical annuel ce qui contrevient aux RBPP.
	Si un médecin référent est présent, quelles sont les modalités des relations professionnelles avec les équipes soignantes (réunions pluridisciplinaires) ? (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)		Le médecin généraliste ne participe pas à la réunion d'équipe hebdomadaire pluridisciplinaire qui a lieu les [REDACTED] car son temps de travail [REDACTED] au sein des établissements Pavillon royal. Il décrit une situation difficile fin 2024 avec très peu de présence [REDACTED] Actuellement 2 IDE sont présentes mais [REDACTED] Une IDE a été recrutée en [REDACTED] et l'autre [REDACTED] La situation s'est stabilisée.
ir	3.8.1.3. Cadre IDE		
	Un(e) infirmi(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).		A la connaissance de la mission d'inspection, aucune IDE n'assume de fonction de coordination. Néanmoins les IDE participent à des formations à destination de professionnels avec qui elles collaborent comme AS, AES, AMP, éducateurs. Écart 52 : Il n'existe pas de coordination ni d'encadrement des soins par une IDE ce qui contrevient à l'article R. 4312-35 du CSP.
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 ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité des usagers) L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité)	Non	Il n'existe pas de chevauchement entre les professionnels des différentes équipes soignantes. Les hoaires sont pour les [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	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 ? Nuit et WE ? Les plannings sont-ils affichés et connus des équipes Article R344-2 CASF (2° Permanence des soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements) ; De nuit, y-a-t-il des procédures et/ou des astreintes pour assurer la prise en charge en soins en continu ? – Astreinte IDE – Astreinte médicale L311-3 (1°) CASF (Sécurité des usagers) L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité)	Non	Écart 53 : L'absence de chevauchement entre les équipes soignantes nuit à la sécurité des personnes accueillies au sein de la MAS contrevient à l'article L311-3 (1 et 3) CASF. Les [REDACTED] présentes sur [REDACTED] travaillent de jour : l'une est présente de [REDACTED] et l'autre de [REDACTED]. Elles sont en poste sur la MAS ainsi que sur l'IME. Une a été recrutée en [REDACTED] et l'autre [REDACTED]. Les soirs, les weekends il n'y a pas de temps [REDACTED]. Il n'y a pas de temps de transmission entre les [REDACTED]. Néanmoins cette situation fait suite à une période sans [REDACTED]. Sur les plannings fournis, les horaires et jours de travail des IDE ne sont pas inscrits. L'absence de présence IDE les weekends va à l'encontre de la sécurité des personnes et de la continuité des soins. Écart 54 : L'organisation sans IDE notamment les weekends contrevient à l'article R344-2 du CASF. Il n'existe pas d'astreinte médicale ou ni IDE la nuit au sein de la MAS. Écart 55 : L'absence d'astreinte médicale ou d'IDE la nuit contrevient aux articles L.311-3 (1°) et L.311-3 (3°) du CASF.
	Quelle est l'organisation AS/AMP/AES en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j Permet-elle d'assurer la qualité et la sécurité des soins ? Emploi de FFAS ? Nuit et WE ?		Les équipes soignantes de jour comprennent actuellement [REDACTED] AES ou AMP chacune. Elles sont en alternance une [REDACTED] [REDACTED]. La nuit ce sont des veilleurs de nuit qui sont présents en [REDACTED]. Parmi les veilleurs de nuit, il n'y a qu'une seule [REDACTED]. Les autres agents sont [REDACTED]. Écart 56 : En l'absence d'AS diplômée certaines nuit, la qualité et la sécurité des soins ne sont pas assurées ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.
	Délégations par les IDE Article R4311-4 CSP (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. 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		Les IDE délèguent aux AS, AES, AMP, FFAMP, éducateurs après les avoir formés pour notamment la distribution des médicaments. Néanmoins il apparaît que ces professionnels sont également en charge de préparation soit pour des médicaments en gouttes soit en sachets. Une fiche de formation du personnel à l'administration des médicament existent mais n'est ni datée ni signée et ne comprend pas tous les professionnels concernés. Les piluliers sont désormais préparés par une officine. Une traçabilité de la distribution est effectuée en format papier.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<i>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. <u>Article R4311-5 & R4311-7 du CSP (Actes IDE déléguables en EMS)</u></i>		Écart 57 : Un protocole de distribution des médicaments, en date d'avril 2025 mais non signé, a été fourni à la mission d'inspection ce qui contrevient à l'article R4311 CSP. Écart 58 : La preuve de la formation des IDE vers les encadrants non IDE n'a pas été fournie de façon complète ce qui contrevient à l'article R4311 CSP.
	Organisation pour les transmissions quotidiennes ? Qui participe ? Quels sont les différents supports et cahiers de transmission entre les différents ? Contenu des transmissions ? Transmissions avec les médecins ? Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmissions ciblées) ? <u>Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)</u>		Des transmissions AS/AMP/AES et IDE ont lieu le matin vers 8h en semaine. Les IDE ne font pas de transmissions dans [REDACTED]. Les IDE ont accès aux transmissions faites notamment par les AS au sein du logiciel [REDACTED]. Il n'y a pas de transmissions entre les IDE et la psychologue. Les transmissions ont lieu le vendredi entre les IDE et le médecin car le médecin est présent les vendredis à la MAS. Écart 59 : Les transmissions ne sont pas toutes écrites notamment pour les IDE ce qui contrevient à l'article D344-5-3 CASF Concernant les nouveaux arrivants, il existe une procédure générique du groupe SOS Solidarités ainsi qu'un document spécifique à la MAS qui donne des informations sur ce qu'est un TSA, sur les personnes accueillies, leurs besoins, leurs attentes, l'organisation de l'établissement, l'organisation du travail au sein de la MAS. Écart 60 : Pour le document spécifique à la MAS: le livret d'accueil à destination des salariés n'est pas à jour : les informations sur les personnes accueillies sont incomplètes (concernant au moins 2 personnes prises en charge). Le document n'est ni daté ni signé. Ces éléments contreviennent à l'article D344-5-3 CASF.
	Les 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 ? <u>Article R344-2 CASF (2° Permanence des soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements) ;</u>		Il existe une liste de vacataires pour les FFAS, AS, AES, AMP, éducateurs mais pas pour les IDE. Ce document ne comporte pas de date de mise à jour ni de signature. Écart 61 : La liste fournie des vacataires ne permet pas d'assurer la continuité des soins médicaux et paramédicaux ce qui contrevient à l'article R344-2 CASF.
	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ? Traçabilité des transmissions narratives et ciblées Traçabilité des actes de soins (actes du plan de soin ou actes paramédicaux) <u>Article L311-3 5°) CASF (5° L'accès des usagers à toute information ou document relatif à leur prise en charge, sauf dispositions législatives contraires) ;</u> <u>Article R4321-9 CSP (Actes de masso-kinésithérapie)</u> <u>Article R4321-91 CSP (Dossier individuel de masso-kinésithérapie pour chaque usager)</u>		Il existe une traçabilité mixte à la fois sur papier et/ou sur support dématérialisé selon les soignants. Dans la procédure du médicament, il n'est pas précisé que la traçabilité doit se faire en temps réel. La traçabilité de la distribution des médicaments par les encadrants se fait sur papier. Il n'existe ni kiné, ni ergothérapie, ni psychomotricien qui interviendraient au sein de la MAS au moment de l'inspection. Il existe une fiche de surveillance des menstruations, une fiche de distribution des médicaments avec signature des encadrants, une fiche de surveillance des pesées jusqu'à avril 2025.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 62 : La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence si la traçabilité se fait en temps réel ce qui contrevient à l'article L31-3 CASF.
	Continuité de l'accompagnement <i>Article D344-5-9 CASF (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>		
3.8 Champ thérapeutique	3.8.3. Missions médicales Rôle des médecins de la structure dans le processus d'admission. Evaluations Organisation permettant la participation des médecins au processus 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 <i>Article D344-5-5 5°) CASF (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> Bilan médical général systématique à l'admission, et tracé Composante MPR Composante neuropsychiatrique Un bilan médical complet annuel est-il réalisé pour chaque usager ? Traçabilité ? <i>Article D344-5-11 CASF (L'équipe pluridisciplinaire 2° Veille à l'actualisation de ce bilan dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur).</i> Mise à jour des dossiers médicaux ?	Oui	■ qui a quitté l'ESMS récemment faisait partie de la commission d'admission. Un médecin généraliste exerce à 0,2 ETP au sein de la MAS et de l'IME. Il exerce des missions de coordination et de prescription. La répartition du temps de travail entre coordination et prescription n'est pas claire. Un document "procédure d'admission" a été transmis à la mission d'inspection. Ce document n'est pas spécifique à la MAS et n'est pas signé. Aucune information concernant le processus d'admission actuel c'est-à-dire sans psychiatre, n'a été fourni. Le médecin généraliste n'est pas sollicité pour les admissions. Écart 63 : Le médecin généraliste salarié de la MAS n'est pas sollicité pour les admissions et il n'existe pas de procédure correspondant à la situation RH médicale actuelle ce qui contrevient à l'article D344-5-5CASF. Écart 64 : A noter que la personne accueillie au titre de l'accueil temporaire en MAS n'a pas de dossier médical ni de soins au sein du logiciel ■ ce qui contrevient à l'article D344-3 CASF. ■ n'exerce plus actuellement au sein de la MAS Pavillon royal. En cas de besoin, un pédopsychiatre est disponible pour donner un avis urgent. Un bilan annuel est réalisé par le médecin généraliste coordonnateur : Examen clinique, ECG, vaccinations, biologie, les dents, la gynéco et est tracé dans le logiciel. Le médecin remplit ses observations et ses prescriptions dans le logiciel métier ■ C'est le médecin coordonnateur qui remplit le rôle de médecin traitant. Il arrive que pendant plusieurs mois il n'y ait pas de traçabilité médicale dans le logiciel ■ Écart 65 : La mise à jour régulière des dossiers médicaux n'est pas assurée ce qui contrevient à l'article D344-5-11 CASF.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Organisation de la mise à jour des données médicales figurant dans les DLU <i>Article D344-5-8 CASF (2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne)</i> Les missions de surveillance médicale et technique des adaptations prothétiques et orthoptiques sont-elles réalisées ? Continuité de la prise en charge médicale pendant WE, congés, absences Médecins(s) prescripteur(s) et continuité de la fonction de prescription Combien de MT exercent sur la structure ? Répartition MT/résidents Interventions sur site ou extérieures ? Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché à la MAS ou extérieur ?	Choisir Oui	Remarque 32 : Les DLU sont réactualisés chaque année sous format papier mais il n'existe pas de calendrier de mise à jour à la connaissance de la mission d'inspection. Non applicable. Selon le logiciel de soins deux personnes interviennent dans le suivi des personnes accueillies en complément du médecin coordonnateur. Deux médecins traitant prendraient en charge chacun une personne ce qui n'a pas été recoupé par des informations recueillies sur place. En cas d'urgence médicale, il est fait appel à SOS médecin ou urgence du GHSIF. Les traitements sont prescrits pour presque tous les résidents par le médecin coordonnateur. Écart 66 : Au moins [] personnes accueillies sur [] en MAS n'ont pas de médecin traitant ce qui contrevient aux bonnes pratiques professionnelles et ce qui contrevient à la sécurité des personnes accueillies.
	3.8.4. Psychologue Présence Statut Temps de travail Missions Traçabilité du travail réalisé <i>Article D344-5-13 CASF (1° - e) Psychologue)</i> <i>Article D344-5-2 CASF (Réponse aux 5° Besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique).</i>	Non	Il existe une psychologue présente à [] ETP pour la MAS Pavillon royal et les jeunes de 18 à 28 ans de l'IME Pavillon royal. Elle s'occupe de 25 à 30 personnes. Elle est en poste depuis [] Des bilans de [] et [] sont retrouvés dans les dossiers médicaux. Elle fait un point tous les jours et ses transmissions dans [] depuis [] et met à jour les projets accompagnement. Il est prévu que les dossiers pour [] personnes soient à jour pour octobre 2025. Elle participe à la réunion d'équipe des jeudis pour la MAS. Elle ne participe pas à la décision d'admission des PSH mais prépare leur arrivée une fois la décision d'admission prise. 1 personne avec des besoins complexes au sein de la MAS est identifiée. Il n'existe pas de psychiatre adulte au sein de la MAS et il existe des difficultés pour un suivi au CMP pour les PSH. Les données en lien avec l'exercice de la psychologue ne sont pas à jour. Remarque 33 : Les données en lien avec l'exercice de la psychologue ne sont pas à jour.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.8.5. L'infirmierie Une infirmerie, distincte du cabinet médical est-elle présente dans la structure ?	Non	Il existe une infirmerie avec un fauteuil de soins mais pas de cabinet médical. Les consultations médicales ont lieu dans les chambres des personnes. L'infirmerie comporte 2 entrées dont une donne sur les chambres de l'hébergement permanent et l'autre sur le patio. Les accès sont sécurisés. La réserve de médicaments se situe au sein de l'infirmerie et est sécurisée. Les médicaments sont sous piluliers livrés une fois par semaine et sont dans le chariot de soins sécurisé ; sont dans une armoire pour les médicaments hors PDA. Il existe un boîtier mural pour les médicaments "si besoin". Le jour de l'inspection un traitement en "si besoin" est introuvable. L'infirmerie est mal rangée comme pour le DASRI. Il existe également tout un stock de médicaments rangés dans une autre armoire, pour chaque personne, au sein de l'infirmerie et qui datent de la période d'avant la PDA par la pharmacie. Ces médicaments n'ont jamais été rendus à la pharmacie. Écart 67 : L'entretien de l'infirmerie, l'ordonnancement et le stockage de certains médicaments de l'établissement ne sont pas assurés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-3 1° du CASF relatif à la sécurité du résident.
	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Accès pour les soignants Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ? Respect de la confidentialité ? L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ? <i>L311-3 (1°) CASF (Sécurité résident si accès à des matériels et/ou produits dangereux)</i> <i>L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident si données de santé accessibles)</i>	Oui	L'accès aux locaux de réserve de pharmacie est sécurisé. Les accès sont sécurisés par deux portes fermées à clé.
	Chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements.	Oui	Un chariot de soins qui est sécurisé est en place dans l'infirmerie avec des piluliers PDA (noms des personnes, photos)
	Réfrigérateur avec thermomètre (température tracée)	Non	Il n'existe pas au sein de la MAS de réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles comme les insulines.
	Trousse ou chariot d'urgence : Un ou plusieurs Accessibilité le jour Accessibilité la nuit		Oui. Il existe un sac d'urgence au sein de l'infirmerie de la MAS avec une liste mais sans les dosages de médicaments qui composent le sac d'urgence et ne comprend pas tous les médicaments d'urgence recommandés. Remarque 34 : La liste des médicaments d'urgence recommandée n'est pas complète ce qui contrevient aux RBPP (Omédit ESMS).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 68 : Le contenu du sac d'urgence n'est pas vérifié mensuellement. Les dates de péremption des médicaments ne sont pas vérifiées ce qui contrevient à l'article R4312-38 CSP. Le sac d'urgence est accessible jour et nuit. Oxygène et ECG sont inexistantes au sein de la MAS. Remarque 35 : L'oxygène et l'ECG sont inexistantes au sein de la MAS ce qui contrevient à l'article L.311-3 (1°) du CASF.
	Armoire de stockage des piluliers hebdomadaires (livrés conditionnés sous blister)		Les piluliers sont stockés de façon sécurisée.
	Coffre toxique et moyens de sécurisation <i>R5126-109 CSP (ESMS sans PUI, Stockage médicaments et/ou stupéfiants dans local, armoires ou autres dispositifs de rangement avec système de fermeture sécurisée)</i>		Écart 69 : Il n'existe pas de coffre à stupéfiants ou à médicaments assimilés comme la ritaline ce qui contrevient à l'article R5126-109 du CSP.
	Matériel d'aspiration		Il n'existe pas de matériel d'aspiration à la MAS.
	Tableau de programmation des soins.		Un plan de soins par personne est disponible (LIVIA).
	Matériels de pesée — Balance debout — Chaise — Plateforme — Peson		D'après les entretiens, il n'existe pas de matériel de pesés adapté au sein de la MAS pour les personnes en fauteuil roulant. Remarque 36 : Le matériel de pesée adapté n'existe pas pour les personnes en fauteuil roulant.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.6. <u>La prise en charge en rééducation (psychomot., ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)</u> Composition de l'équipe de rééducation et plages horaires La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ? La salle de rééducation est-elle adaptée aux différents types de rééducation nécessités par les catégories de personnes accueillies, notamment des installations de balnéothérapie. ? Les missions d'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires sont-elles réalisées ? Une utilisation est-elle faite de toute technique adaptée de kinésithérapie ou de psychomotricité et l'utilisation d'aides techniques pour l'amélioration et la préservation des potentialités motrices ?	Oui Non Non Non	Il existe un local de balnéothérapie mais qui est non fonctionnel. La mission d'inspection a constaté la présence d'une personne en fauteuil roulant. D'après les entretiens, les besoins en rééducation pour au moins une des personnes accueillies n'ont pas pu être satisfaits sur place. L'absence de praticiens en kinésithérapie ou en psychomotricité ne permet pas de constater, entre autres, une utilisation des techniques et aides techniques pour l'amélioration et la préservation des potentialités motrices.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Remarque 37 : Il n'existe pas de personnel de rééducation que ce soit kinésithérapeute, psychomotricien ou ergothérapeute intervenant dans l'établissement MAS ce qui ne correspond pas aux soins requis pour les personnes accueillies.
	Equipements des chambres favorisant l'autonomie et interventions de l'équipe soignante pour l'adaptation continue		Il a été mentionné pendant les entretiens que les douches refaites récemment sont fixées et rendent difficiles la douche pour des résidents à mobilité réduite quelle qu'en soit la cause. Écart 70 : Les douches attenantes aux chambres des personnes accueillies doivent être adaptées aux besoins et à la sécurité des personnes.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.7. Gestion des urgences médicales Existe-t-il une conduite à tenir en cas d'urgence vitale y compris la nuit ? = procédure validée, numéro d'urgence, chariot d'urgence... ? <u>Article R4312-43 CSP (IDE applique les protocoles médicaux)</u> <u>Article R4311-14 CSP (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 œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable).</u> <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> 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 CASF (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) ;</u> Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation des matériels d'urgence ?	Partiellement	Il existe les fiches sur les situations urgentes : un guide sur la conduite à tenir en cas de situations d'urgence et/ou inhabituelles pouvant survenir en établissements médicaux-sociaux handicap. Destinées à tous les professionnels de ces établissements, ce sont 24 fiches qui décrivent 24 symptômes parmi les plus courants. Néanmoins il n'est pas possible de savoir si ces fiches ont été diffusées aux professionnels de la MAS. Il existe des médicaments "si besoin" prescrits par le médecin et stockés dans un boîtier mural au sein de l'infirmerie de la MAS. Le jour de l'inspection, une AS cherche, au sein du boîtier mural dans l'infirmerie, un traitement « si besoin » sans le trouver. Il n'existe pas de procédures mentionnant le DLU. En cas d'urgence, SOS médecin ou ghsif ou SAMU sont appelés. La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence de procédures et de sensibilisation aux situations d'urgence et aux protocoles prescrits en "si besoin" ce qui contrevient à l'article R4312-43 CSP. Le matériel des situations d'urgence est incomplet sur la MAS car il est réparti sur 2 sites (MAS et IME Pavillon royal). Écart 71 : La mission n'a pas pu vérifier si les professionnels sont formés aux emplacements et à l'utilisation du matériel d'urgence ce qui contrevient à l'article D344-5-6 CASF.
	Dotation du chariot d'urgence ? Signée ? Mise à jour ?	Non	Non il n'y a pas de dotation signée du chariot d'urgence.
	Le chariot d'urgence est-il scellé ?	Oui	Le chariot d'urgence est scellé.
	Contenu du chariot d'urgence : Vérifié ? Absence de produits périmés ? <u>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)</u>	Non	Écart 72 : Le matériel d'urgence est incomplet au sein de la MAS. Écart 73 : Le chariot d'urgence : n'est pas vérifié, il n'y a pas de dotation signée et en particulier il n'y a pas de vérification des dates de péremption ce qui contrevient à l'article R4312-38 CSP (cf item 3-8-5).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Le défibrillateur automatisé externe est-il : Présent au sein de la structure ? <u>Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes</u> (Obligation de détenir un DAE pour les IME/IEM accueillant plus de 20 personnes (catégorie I)) <u>Article R6311-15 CSP</u> (Toute personne, même non médecin, est habilitée à utiliser un défibrillateur automatisé externe répondant aux caractéristiques définies à l'article R. 6311-14). En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignote) <u>R157-4 CCH</u> (Directeur responsable de la maintenance et contrôle qualité du DAE) Signalé de manière claire et visible ? <u>Arrêté du 29 octobre 2019</u> (signalisation DAE dans les ERP) <u>R157-2 CCH</u> (DAE visible du public, facile accès, signalétique) <u>Loi du n°2018-527 du 28 juin 2018,</u> <u>Décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018,</u> <u>Décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018,</u> <u>Arrêté du 29 octobre 2019 ,</u>	Partiellement Non Non	2 DAE (1 dans la salle de réunion et 1 dans l'infirmerie) existent. Ils fonctionnent le jour de la visite d'inspection. Il n'existe pas de fiche de vérification. Il existe une signalétique mais les sacs à DAE ne sont pas fixés. Écart 74 : Il n'y a aucune preuve de vérification des DAE et ils ne sont pas dans des boîtiers fixés ce qui contrevient à l'article R157-4 CCH.
	3.8.8. Les prises en charge		
3.8 Champ thérapeutique	3.8.8.1. Les prescriptions médicales Les prescriptions sont-elles conformes en comportant les données actualisées suivantes : - Date de la prescription - Nom, qualité et signature du prescripteur - Dénomination, posologie, durée et voie d'administration - Dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - Respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois) <u>R5132-3 CSP</u> (modalités de prescription)	Oui Oui Oui Oui Non investigué	Le médecin coordonnateur et qui est également prescripteur prescrit dans le logiciel [REDACTED] Écart 75 : Les prescriptions consultées sont conformes sauf certaines prescriptions conditionnelles relatives aux cas de crise d'épilepsie ou aux cas de douleur ce qui contrevient à l'article. R4312-43 CSP.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.8.2. Les prescriptions de rééducation Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ? <u>L4321-1 CSP</u> (Kiné sur prescription) <u>L4332-1 CSP</u> (acte psychomot sur prescription médicale) <u>L4341-1 CSP</u> (acte orthophoniste sur prescription médicale)	Non investigué	Du fait de l'absence de personnel de rééducation et de prescription dans les dossiers médicaux, la mission n'a pu investiguer ce point de contrôle.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.8.8.3. Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...) Quels professionnels établissent les prescriptions initiales de dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques ? <i>Kinésithérapeute : Liste prescriptions possibles</i> <i>Ergothérapeute : Liste prescriptions possibles</i> , Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes	Non	Écart 76 : Dans le logiciel [REDACTED] ne sont pas retrouvées les prescriptions pour fauteuil roulant chez la PMR à la MAS ni par le médecin ni par un professionnel de la rééducation ce qui contrevient à l'arrêté du 12 juin 2023.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.9. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs La structure bénéficie-t-elle de l'intervention de professionnels de santé externes, dont PS libéraux ? Article D344-5-15 CASF ANESM RBP « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » ; juillet 2013 « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'adaptation de l'intervention auprès de personnes handicapées vieillissantes », HAS 2015	Oui	Oui, l'établissement bénéficie de l'intervention prestataires externes : un podologue, un sage-femme (en cours Handigynéco), 1 chirurgien-dentiste.
	Quels sont les différents supports pour les transmissions des intervenants extérieurs (soins, kiné, orthophoniste, etc.) ? L311-3 (2°) CASF (libre choix des prestations offertes) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) R4321-2 CSP (kiné bilan et traçabilité dans fiche de synthèse) L311-3 (4°) CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L311-3 (5°) CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant)	Non	Écart 77 : La traçabilité des interventions et des soins effectués par les professionnels libéraux extérieurs n'a pas pu être mise en évidence ni au sein du logiciel de soins [REDACTED] ni au format papier ce qui contrevient à l'article R4321-2 CSP.
	3.8.10. Les procédures et protocoles 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 ? Article D344-5-3 CASF (7° Accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins) ; Article R43 12-43 CSP (IDE applique les protocoles médicaux) Article R4311-3 CSP (Protocoles de soins infirmiers) Article R4311-8 CSP (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).	Non	De nombreux protocoles se trouvent dans l'infirmerie sous format papier : des protocoles en cas de fièvre, urgence, toilettes, gastroentérite aigue, chutes, trauma crânien, douleur, épilepsie, constipation. A noter par ailleurs, l'établissement a effectué une mise à jour de la procédure du médicament en mai 2025 et de la procédure des prescriptions conditionnelles. Le document sur la procédure d'admission n'a pas été validée. Remarque 38 : La mission d'inspection n' a pas pu mettre en évidence que les professionnels ont connaissance de tous ces protocoles.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<u>Article R4311-14 CSP (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 œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable).</u> <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>		
	3.8.10.1. Le traitement de la crise épileptique		
	Procédure de décision de traitement <u>Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie, HAS, décembre 2023</u>	Non	Écart 78 : Un médicament en cas de crise d'épilepsie est prescrit mais de façon imprécise ce qui contrevient à l'article R4312-43 CSP.
	Procédure de délégation par les IDE et professionnels formés <u>Article D344-5-12 CASF (L'organisation et la composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie garantissent :</u> <u>2° La cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants) ;</u>	Non	Il existe une délégation pour des soignants formés AS, AES, AMP. Les IDE ont formé les autres soignants non IDE à l'administration des médicaments. La mission d'inspection a constaté la présence d'attestation de formation pour seulement ■ des ■ agents en CDI en poste à la date de l'inspection. La nuit des veilleurs peuvent être amenés à distribuer des médicaments par exemple en cas de crise d'angoisse, de crise d'épilepsie ou en cas de douleur. La mission d'inspection constate que parmi les agents de l'équipe éducative et soignante certains agents sont diplômés et ■ agents sont faisant fonction et ne disposent pas des qualification pour procéder à la dispensation du médicament. Cf écart constaté au point de contrôle 2.1.17. Dans les dossiers médicaux, il est noté que, dans certains cas, les professionnels appellent le SAMU pour avoir l'accord médical avant l'administration d'un médicament en « si besoin ».
	Procédure d'administration	Oui	Oui elle existe dans la procédure de prise en charge médicamenteuse mise à jour . ■
	3.8.10.2. La prévention des escarres		
	Procédure détaillée. <u>Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé HAS, novembre 2001.</u>	Non	Aucune procédure concernant la prévention des escarres n'a été mise en évidence. Une prescription de coussin antiescarre est retrouvée dans les dossiers médicaux au sein du logiciel ■ Remarque 39 : Il n'existe pas de procédure de prévention des escarres.

3.8.10.3. Le traitement de la douleur Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur⁸ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ? 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.	Non	Malgré l'existence d'une procédure papier sur la douleur, aucune évaluation de la douleur n'est apparente ni dans le logiciel de soins ni sous format papier alors que plusieurs personnes accueillies ont du paracétamol prescrit en cas de douleur.. Écart 79 : Il n'existe pas de suivi ni de traçabilité de la douleur au sein des dossiers médicaux ce qui contrevient aux articles L1110-5 du CSP et D344-5-3- du CASF
3.8.10.4. Les contentions Existe-t-il une ou des procédures existantes concernant les contentions et matériels de prévention des chutes ? Prescription conforme RBPP ? Evaluation B/R régulière ?? Traçabilité dans les dossiers ? 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	Partiellement	La trace de l'existence d'une contention abdominale a été mise en évidence au sein des dossiers médicaux. Il n'existe aucune traçabilité de la réévaluation de cette contention abdominale depuis mai 2025 (réunion pluridisciplinaire du jeudi). Remarque 40 : L'absence de traçabilité d'une contention pour une des personnes accueillies a été mise en évidence ce qui contrevient aux RBPP.
3.8.10.5. La gestion des épisodes de violence entre usagers		
Procédure ? Plans d'action individualisés ? La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil HAS février 2019	Non	Il n'existe pas de procédure ni de salle d'isolement ni de salle d'apaisement. La psychiatre qui a quitté la MAS gérait les comportements -problèmes. Seuls ■■■ PAI sont à jour ce qui n'est pas suffisant (cf points 2.4.4 et 1.4.9).
3.8.11. Les accompagnements		
Transmissions d'information lors d'une CS extérieure ou transfert ? Dossier contenant : 1° Une fiche exposant de façon simple les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par la personne ; 2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne ; 3° Une fiche de liaison paramédicale indiquant les soins quotidiens et les éventuelles aides techniques dont la personne a besoin ; 4° Une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propres à la personne. Article D344-5-8 CASF	Non	Le médecin coordonnateur et prescripteur rédige des courriers d'adressage. Néanmoins, tous les éléments réglementaires composant le dossier de consultation extérieur ne sont pas formalisés. Écart 80 : Lors des consultations externes ou lors des transferts, tous les éléments réglementaires composant le dossier de consultation extérieur ne sont pas formalisés ce qui contrevient à l'article D344-5-8 du CASF.

⁸ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Accompagnement en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, par une tierce personne la connaissant. Article D344-5-9 CASF	Non investigué	
---	----------------	--

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. Le circuit du médicament Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?	Oui	La prise en charge médicamenteuse (PECM) a été retravaillée récemment après l'instauration de la PDA pour les piluliers sous blisters une fois par semaine et le recrutement en CDI d'au moins ■■■ IDE à ■■■ ETP.
	3.9.2. Prescription Prescription : Distinction entre soins et aide à la vie courante 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 Article L313-26 du CASF. R344-2 (2°) CASF Article L313-26 CASF (aide à la prise/modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante). Article R344-2 CASF (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). Article L5121-1-2 CSP (Prescription en DCI) Article R5132-3 CSP (Règles de prescription) Article R5132-4 CSP (Commandes à usage professionnel, stock tampon, trousse d'urgence) Article R5132-5 CSP (Format particulier d'ordonnance pour les stupéfiants) Article R5132-29 CSP (Contenu des mentions si prescription de médicament stupéfiant) Article R5132-30 CSP (Limitation à 28j des prescriptions de stupéfiants) Quels sont les moyens de transmissions des ordonnances de l'EHPAD à l'officine ? Article R4235-48 CSP (Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament). Article R5132-22 CSP (première délivrance des médicaments relevant des listes I et II)	Non	Aucune prescription ne spécifie les actes de la vie quotidienne. Aucune prescription ne spécifie l'administration spécifique par une IDE Écart 81 : La distinction entre les actes de la vie courante et les soins n'est pas identifiée dans les prescriptions (R5132-3 CSP).
	3.9.3. Commandes Commandes urgentes ? Modalités d'ajout d'un médicament et de préparation hors PDA ?	Oui	En cas d'urgence, l'IDE peut aller à la pharmacie ■■■■ pour se faire dispenser le traitement.
	3.9.4. Livraison		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Toute commande livrée en dehors de l'officine ne peut être remise qu'en paquet scellé. Article L5125-25 CSP Article R5125-47 CSP (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).	Non	La modalité de livraison à savoir "paquet scellé" n'a pas pu être mise en évidence par la mission d'inspection. Écart 82 : En l'absence de la formalisation de la convention d'officine les modalités de livraisons sous la forme de paquets scellés ne peut être garantie ce qui contrevient à l'article 5125-47 du CSP.
	3.9.5. Dispensation		
	La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée par : L'officine en pharmacie ? Les IDE de la structure ? La fréquence de livraison des piluliers/PDA est-elle hebdomadaire ? OMéDIT IDF-« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022	Oui	Depuis mars 2025, c'est la pharmacie [REDACTED] qui prépare les piluliers pour 7 jours en PDA sous format blisters. Elle procure les blisters pour les formes sèches pour les personnes accueillies et ce chaque semaine. La convention avec l'officine est en cours d'élaboration. Auparavant, les IDE préparaient les piluliers au sein de la MAS.
	Modalités de vérification de la livraison de la PDA ? Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ? Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? La gestion de vérification de la PDA et la préparation de la distribution des médicaments sont réalisées par une IDE Article R4311-5 CSP (Rôle propre IDE4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; 5° Vérification de leur prise) Article R4311-4 CSP (Délégations par l'IDE) 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).	Oui	Les IDE vérifient les piluliers. La réception se fait chaque mardi ou mercredi. Il y a un double contrôle par des professionnels différents. Depuis la mise en place de la préparation des doses à administrer avec la pharmacie, il demeure un stock ancien de médicaments pour chaque personne. Ce stock de médicament n'a plus vocation à être utilisé et doit être reversé dans la filière d'élimination du médicament auprès de la pharmacie.
	PDA La préparation / vérification des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ?	Oui	Oui.
	3.9.6. Stockage		
	Le stockage des médicaments se fait dans : Des armoires sécurisées ; R5126-109 CSP (armoire sécurisée)	Oui	L'infirmierie est sécurisée par deux portes fermants à clé. Elle dispose aussi d'armoires dédiés aux médicaments : - D'un boîtier mural pour les médicaments « si besoin » ; - D'une armoire avec les médicament avant la période PDA ; - D'une armoire avec les médicaments actuels hors PDA ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Des chariots à médicaments sécurisés ? <u>L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'utilisateur)</u> <u>R.4312-39 CSP (IDE protège accès aux médicaments)</u>	Oui	- Un chariot de soins sécurisé avec les piluliers sous blisters et les médicaments hors PDA.
	L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles :	Non	Le réfrigérateur dédié à la conservation des médicaments thermosensibles serait situé dans l'IME Pavillon royal et qui jouxte la MAS. Écart 83 : La mission d'inspection n'a pas constaté la présence d'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles au sein de la MAS ce qui contrevient à l'art L.311-3 (1°) du CASF et aux bonnes pratiques professionnelles définies par l'OMÉDIT IDF « La préparation des médicaments : bonnes pratiques et hygiène 2022.
	Médicaments hors PDA (Préparation des doses à administrer). - Stockage nominatif ? - Modalités de stockage	Oui Non	Hors PDA, les médicaments sont dans des armoires sécurisées et dans les tiroirs du chariot de soins nominatifs. Hors PDA, la préparation de certains médicaments serait réalisée par des AS/AES/AMP y compris des médicaments en gouttes ou des sachets de micropakine faisant évoquer des glissements de tâches. Les modalités de vérification du stockage doivent être établies, connues et tracées (fréquence, responsable, péremptions). La mission d'inspection constate qu'il existe un stock de médicaments par personnes qui n'est plus utilisé depuis le mois de mars 2025 qui précède la mise en place du partenariat avec une pharmacie. Ces stocks d'anciens médicaments n'ont pas été remis à la pharmacie et ne répondent plus à des prescriptions ce qui contrevient à l'article R4312-38 du CASF.
	Dotation pour soins urgents <u>Article R5126-108 CSP</u>	Non	Il convient que les médicaments périmés soient retournés à la pharmacie afin de suivre la filière Écart 84 : L'établissement ne dispose pas de dotation pour soins urgents ce qui contrevient à l'article R5126-108 du CSP.
	Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ? <u>L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'utilisateur)</u> <u>R4312-38 CSP (IDE vérifie péremption des médicaments)</u> <u>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</u> (Flacon : page 42-6.3.2 / médicaments : page 82-11.1.1)	Non	Écart 85 : La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence que la préparation des médicaments sont tous effectués par une IDE notamment pour les médicaments en gouttes ou les sachets de micropakine. Les modalités de contrôle des dates de péremption des médicaments hors PDA n'ont pas été transmises. Ces constats contreviennent aux articles L311-3 du CASF et R4312-38 du CSP.

Les agents participants à la dispensation du médicament sont-ils habilités nominativement et formés ?

En l'absence d'IDE

Quid des anti épileptiques : protocole d'administration

Quid des psychotropes si besoin la nuit ? Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ? notamment la nuit ?

Quid des médicaments en format multi dose ou en goutte ?

OMéDIT IDF

Le broyage des médicaments est prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ?

Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments

L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)

OMÉDIT IDF-« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022

Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ?

(Identité du résident + identité du soignant)

Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ?

Quid des WE ?

L311-3 1° CASF (sécurité résident)

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).

Partiellement

Partiellement

Non

Non

Seuls 6 des 14 agents constituant l'équipe pluridisciplinaire au moment de l'inspection détiennent les qualifications nécessaires, sont formés et habilité nominativement. **Voir écart constaté au point de contrôle 2.1.17.**

Voir écart constaté au point de contrôle 2.1.17.

Écart 86 : Aucune liste de médicaments à broyer n'est utilisée.

L'administration des traitements est prévue pour avoir lieu au sein de l'infirmerie dans la procédure de circuit du médicament. La mission d'inspection a mis en évidence que la distribution aurait lieu dans les couloirs de la MAS.

Écart 87 : L'administration des médicaments n'est pas effectuée dans les locaux de l'infirmier et la traçabilité n'est pas effectuée en temps réel ce qui contrevient à l'article R4312-35 du CSP.

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u> La structure est-elle proche de moyens de transport ? L'environnement extérieur de la structure est-il sécurisant ? (Environnement à risque)	Oui Oui	La ville d'implantation de la structure dispose de moyens de transports en commun, à proximité d'axe de circulation principaux. Certains contrats de séjour font état de contrat de transports avec des opérateurs spécialisés dans la prise en charge de personne en situation de handicap. La MAS pavillon royal est située dans une zone pavillonnaire dans un environnement calme et sécurisant.

4.2. Coordination avec les acteurs de soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	La structure a-t-elle passé des conventions avec : - 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 - Convention avec un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou avec un réseau de soins L312-7 CASF (coordination et continuité des PEC via convention avec ES) - D'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour mise à disposition de personnels Article D344-5-14	Non Non Non	Une convention avec le réseau Rhapsod'if est signée concernant la prise en charge buccodentaire des personnes accueillies à la MAS Pavillon royal. Une convention avec Handigynéco est en cours de signature pour la prise en charge de la vie affective et sexuelle des femmes accueillies en MAS. Écart 88 : L'établissement n'est pas en mesure de garantir la continuité des soins des personnes accueillies en l'absence de conventions avec un établissement ayant un service d'urgence et un groupement hospitalier de territoire (GHT) ce qui contrevient à l'article D344-5-6 CASF et L312-7 du CASF.

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	En ne fonctionnant pas en plateforme de services coordonnés, en file active toutes modalités d'accompagnement pour chaque usager, l'établissement contrevient à l'arrêté d'autorisation.	9
<u>Écart 2 :</u>	Le règlement de fonctionnement est partiellement mis à jour et n'apporte pas la preuve de la consultation du CVS avant sa publication. Il n'est pas affiché dans l'établissement et n'est pas remis aux usagers, ce qui contrevient aux dispositions des articles L.311-4 al 3 et R.311-34 du CASF	11
<u>Écart 3 :</u>	L'absence de projet d'établissement à jour contrevient à l'article L.311-8 du CASF.	12
<u>Écart 4 :</u>	Le plan bleu n'est pas mis à jour annuellement et sa mise en oeuvre n'est pas garantie par un plan de formation spécifique de l'ensemble des professionnels. L'absence de consultation des IRP et du CVS contrevient par ailleurs à l'article R.311-38-1 alinéa III du CASF.	14
<u>Écart 5 :</u>	Les éléments recueillis sur la participation du siège social sur les prestations autorisées ne constituent pas une réponse aux attendus de l'article R314-88 du CASF.	15
<u>Écart 6 :</u>	Le niveau de qualification du directeur d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de la circulaire NDGAS/ATTS/4D n° 2007-179 du 30 avril 2007, relative à la qualification des professionnels chargés de la direction d'établissements ou services médico-sociaux.	15
<u>Écart 7 :</u>	L'absence de transmission de la fiche de poste du directeur fait obstacle aux missions des agents précisées dans l'article L.1421-3 du Code de la Santé Publique et est susceptible de sanctions pénales (article L. 1427-1 du CSP)	15
<u>Écart 8 :</u>	La vacance de plusieurs postes éducatifs représente un risque pour la prise en charge des usagers et contrevient en conséquence à l'article L. 311-3 du CASF	17
<u>Écart 9 :</u>	L'établissement ne procède pas à la mise à jour et à la complétude de son affichage, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.311-15 (III), R.311-34, L.311-4 et L. 226-8 du CASF	18
<u>Écart 10 :</u>	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme ni dans le nombre de réunions annuelles organisées ni dans sa composition (article D311-5 CASF).	19
<u>Écart 11 :</u>	En l'absence de réalisation des enquêtes de satisfaction le CVS n'est pas tenu informé des résultats ce qui contrevient à l'article D311-15 du CASF. Cf Ecart constaté au point de contrôle 1.3.2.	20
<u>Écart 12 :</u>	Ni les dysfonctionnements ni les événements indésirables ni les plans d'actions associés ne sont présentés aux membres du CVS ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF	20
<u>Écart 13 :</u>	En ne réalisant pas d'enquête annuelle de satisfaction, en l'absence d'affichage et de communication des résultats au CVS l'établissement contrevient à l'article D311-15 CASF.	20
<u>Écart 14 :</u>	L'absence de signaux ainsi que les témoignages reçus dans le cadre de cette inspection montrent que la direction ne respecte pas ses obligations en termes de signalement des événements indésirables auprès des autorités compétentes. L'absence de traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités compétentes contrevient à l'article R.331-8 du CASF	20

<u>Écart 15 :</u>	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment portée par l'encadrement et ne fait pas l'objet d'actions spécifiques auprès des professionnels en termes de sensibilisation et de participation. Les personnes accueillies et leurs représentants légaux ne participent pas à cette réflexion, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38-3 du CASF, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur (Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement - HAS – 3 octobre 2024).	22
<u>Écart 16 :</u>	La politique de de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment portée par la direction et l'encadrement de l'établissement et n'implique pas les professionnels à la hauteur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	24
<u>Écart 17 :</u>	En ne déclarant pas les faits de maltraitance à l'ARS ainsi qu'au magistrat concerné, la direction contrevient aux articles L.331-8-1, R.331-8 L.119.1 du CASF	25
<u>Écart 18 :</u>	En s'exonérant de la traçabilité des actions correctrices engagées dans le cadre d'une démarche qualité auprès des autorités administratives compétentes, la direction contrevient aux dispositions de l'article R.311-8 du CASF.	26
<u>Écart 19 :</u>	Malgré un système interne de déclaration d'événements indésirables connus par les professionnels, des éléments de maltraitance n'ont pas été déclarés ce qui contrevient à l'article R1413-68 CSP.	27
<u>Écart 20 :</u>	La mission d'inspection a pu établir que les EIG par exemple de type maltraitance ne sont pas tous déclarés à l'ARS ce qui contrevient à l'article 331-8-1 CASF et à l'arrêté du 28/12/2016 modifié.	28
<u>Écart 21 :</u>	L'établissement ne s'appuie sur aucun des professionnels mentionnés à l'article D344-5-13-2° venant compléter l'action de l'équipe pluridisciplinaire. L'établissement ne prend donc pas en compte les besoins des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1. Ainsi la direction de l'établissement n'est pas en mesure de garantir une prise en charge et un accompagnement de qualité.	31
<u>Écart 22 :</u>	L'équipe pluridisciplinaire se compose de faisant fonctions d'accompagnants éducatifs et sociaux ne détenant pas les diplômes réglementaires attendus. En l'absence d'éducateur spécialisé, de moniteur éducateur et d'assistant de service social au sein de la structure, et d'auxiliaire de vie sociale l'établissement ne respecte pas la composition de l'équipe pluridisciplinaire, n'est pas en mesure d'assurer la sécurité des personnes accueillies, la prise en charge et l'accompagnement de qualité ce qui contrevient aux articles L312-1, L311-3 et D344-5-13 du CASF.	31
<u>Écart 23 :</u>	Le suivi des dossiers administratifs des professionnels de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation et aux bonnes pratiques : - Les fiches de postes sont absentes; - Les plans de formation individuels et les attestations de formations sont manquants ; - Les comptes-rendus d'entretiens professionnels sont absents ; - Les extraits des casiers judiciaires B3 sont présents de longues dates dans les dossiers, seule la preuve de traçabilité de la consultation des casiers judiciaires sous forme de registre attesté par la direction doit demeurer ; - Les attestations d'inscription à l'ordre sont absentes du dossier pour les professionnels concernés..	33
<u>Écart 24 :</u>	L'établissement et l'organisme gestionnaire n'ont pas transmis la liste des personnes et professionnels intervenant dans l'établissement afin que l'autorité de contrôle puisse effectuer les consultations des bulletins n°2 du casier judiciaire conformément à l'article L133-6 du CASF.	33
<u>Écart 25 :</u>	Le plan de formation n'est pas conforme aux attendus réglementaires sur les thématiques liées à la promotion de la bientraitance, aux troubles du comportement, aux situations sanitaires exceptionnelles ; Le plan de formation ne permet pas d'identifier les salariés de manière nominative qui ont eu accès aux formations. En refusant l'accès aux formations dédiées aux troubles spécifique de l'autisme, l'organisme gestionnaire ne soutient pas la direction et les 11 nouveaux agents dans leur formation qui ont été recrutés entre le mois de mars 2024 et juillet 2025 ce qui contrevient aux articles D 344-5-10 et D344-5-16 du CASF.	35
<u>Écart 26 :</u>	Le livret d'accueil à destination des nouveaux salariés ne comporte pas les informations réglementaires attendues, n'a pas été mis à jour et n'est pas conforme ce qui contrevient à l'article D344-5-14 al 2 et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	36

<u>Écart 27 :</u>	Selon les plannings et les fiches transmises par la MAS, des glissements de tâches sont induits ce qui met en danger les personnes accueillies et contrevient à l'article L311-3 CASF.	38
<u>Écart 28 :</u>	Le contenu des dossiers administratifs des usagers est incomplet et n'est pas actualisé. De plus, l'absence de contrat de séjour spécifique à une prise en charge en MAS ne permet pas de garantir l'existence du bilan pluridisciplinaire à l'admission et l'accompagnement individualisé prévus à l'article D344-5-4 du CASF.	39
<u>Écart 29 :</u>	La traçabilité des dossiers médicaux se fait sur plusieurs supports et documents (papiers, logiciel) rendant difficile la consultation et la transmission des informations entre soignants ce qui contrevient à la sécurité des personnes (article 311-3 CASF).	40
<u>Écart 30 :</u>	Le médecin ne participe pas aux réunions pluridisciplinaires qui concernent les personnes accueillies ce qui contrevient à l'article D344-5-11 CASF.	40
<u>Écart 31 :</u>	Le projet de soins n'est pas renseigné pour la plupart des personnes accueillies ce qui contrevient à l'article D344-5-11 CASF	41
<u>Écart 32 :</u>	La douleur n'est pas tracée dans le logiciel de soins LIVIA même dans en cas de prescription conditionnelle d'antalgiques ce qui contrevient à l'article R4311-2 CSP.	41
<u>Écart 33 :</u>	L'absence de diagnostic infirmier contrevient à l'article R4312-35 du CSP	42
<u>Écart 34 :</u>	La configuration des circulation horizontales (absence de barre de soutien, la présence de ressauts et différences de niveaux) ne garantit pas la liberté d'aller et venir des personnes accueillies et ne leur permet pas d'accéder à l'information ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	43
<u>Écart 35 :</u>	En n'ayant pas signé de convention pour l'élimination des déchets associés aux soins à risques infectieux et en ne disposant pas de local de stockage dédié, l'établissement contrevient à l'article R1335-3 du CSP et à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	45
<u>Écart 36 :</u>	La traçabilité des vaccins obligatoires n'est pas exhaustive ce qui contrevient à l'article L311-2 CSP.	45
<u>Écart 37 :</u>	L'absence de barres d'appuis, et de lèves-personnes dans les locaux, certains sanitaires et dans l'infirmerie ne permet pas de prévenir les chutes ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. Cet écart est complémentaire au point de contrôle 2.3.3.	45
<u>Écart 38 :</u>	Les critères de sélection relatifs aux profils des usagers (TSA, TND) décrits dans la procédure d'admission n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation.	47
<u>Écart 39 :</u>	Le défaut de réalisation systématique d'un bilan pluridisciplinaire de l'état général de la situation de la personne contrevient à l'article D. 344-5-11 du CASF.	47
<u>Écart 40 :</u>	Les DIPC étudiés le jour de l'inspection ont mis en lumière une absence de conformité aux attendus à l'article L311-4 CASF.	48
<u>Écart 41 :</u>	L'absence de DIPC, contrat de séjour, livret d'accueil et règlement de fonctionnement dans les dossiers des usagers contrevient à l'article L. 311-4 du CASF	48
<u>Écart 42 :</u>	Dans la grande majorité, les personnes accueillies n'ont pas de médecin traitant, ce qui porte atteinte à leur sécurité (article L311-3 CASF).	49
<u>Écart 43 :</u>	L'absence de chevauchement des équipes et la multiplication des supports de transmission ne garantissent pas la sécurité des usagers et contreviennent aux dispositions de l'article R4311-1 du CSP et L311-3 CASF.	49
<u>Écart 44 :</u>	L'absence de projet individualisé d'accompagnement et de référent pour l'ensemble des usagers contrevient à l'article L. 311-3 du CASF	50
<u>Écart 45 :</u>	Le défaut de communication de la liste départementale des personnes qualifiées contrevient aux dispositions de l'article L.311-5 du CASF	51

<u>Écart 46 :</u>	L'absence d'actions en faveur de la vie relationnelle, affective et sexuelle contrevient aux orientations de la circulaire n° GCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences du 5 juillet 2021.	52
<u>Écart 47 :</u>	Le transport étant mutualisé avec l'IME, il ne fonctionne pas pendant les périodes scolaires ce qui contrevient aux articles L344-1-2 et le R314-208 du CASF.. La MAS doit fonctionner en plateforme de services coordonnés 365 jours par an L'établissement ne peut pas arrêter la prise en charge des transports en fonction des horaires de l'IME La mutualisation du transport IME et MAS implique aussi une prise en charge commune des enfants et des adultes ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques professionnelles. Les prises en charge dissociées des publics accueillis enfants et adultes nécessitent des accompagnements spécifiques. Ce constat déjà effectué lors de la visite de conformité du 28 novembre 2024.	52
<u>Écart 48 :</u>	La mission n'a pas constaté la mise en œuvre de ce protocole, la traçabilité des soins d'hygiène et la régularité des changes dans le logiciel de soins. Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne accueillie, la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge ne sont pas garanties ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.Ecart commun 3.6.1 et 3.6.2.	53
<u>Écart 49 :</u>	La mission d'inspection constate que la sécurité et la qualité de la prise en charge des personnes accueillies n'est pas garantie au regard des constats suivants : - Il n'existe pas à l'admission des personnes de dépistage du risque de fausses routes ce qui contrevient aux RBPP. - La procédure sur les troubles de la déglutition n'est pas à jour. -Il n'existe pas de formation à la détection des fausses routes ce qui contrevient aux RBPP. Ces constats contreviennent à l'article L-311-3 du CASF.	56
<u>Écart 50 :</u>	En l'absence de projet d'établissement en cours de validité, il n'a pu être constaté ni la mise en œuvre d'un projet de soins actualisé, ni la coordination des soins, ni les procédures et le contenu de la collaboration définis aux articles L. 311-8 et D344-5-5 du CASF ce qui est non conforme.	57
<u>Écart 51 :</u>	La coordination médicale, faute de temps du médecin, n'est pas effective ce qui contrevient à l'article D344-5-3 CASF.	59
<u>Écart 52 :</u>	Il n'existe pas de coordination ni d'encadrement des soins par une IDE ce qui contrevient à l'article R. 4312-35 du CSP.	59
<u>Écart 53 :</u>	L'absence de chevauchement entre les équipes soignantes nuit à la sécurité des personnes accueillies au sein de la MAS contrevient à l'article L311-3 (1 et 3) CASF.	60
<u>Écart 54 :</u>	L'organisation sans IDE notamment les weekends contrevient à l'article R344-2 du CASF.	60
<u>Écart 55 :</u>	L'absence d'astreinte médicale ou d'IDE la nuit contrevient aux articles L.311-3 (1°) et L.311-3 (3°) du CASF.	60
<u>Écart 56 :</u>	En l'absence d'AS diplômée certaines nuit, la qualité et la sécurité des soins ne sont pas assurées ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	60
<u>Écart 57 :</u>	Un protocole de distribution des médicaments, en date d'avril 2025 mais non signé, a été fourni à la mission d'inspection ce qui contrevient à l'article R4311 CSP.	61
<u>Écart 58 :</u>	La preuve de la formation des IDE vers les encadrants non IDE n'a pas été fournie de façon complète ce qui contrevient à l'article R4311 CSP.	61
<u>Écart 59 :</u>	Les transmissions ne sont pas toutes écrites notamment pour les IDE ce qui contrevient à l'article D344-5-3 CASF	61
<u>Écart 60 :</u>	Pour le document spécifique à la MAS: le livret d'accueil à destination des salariés n'est pas à jour : les informations sur les personnes accueillies sont incomplètes (concernant au [REDACTED] prises en charge). Le document n'est ni daté ni signé. Ces éléments contreviennent à l'article D344-5-3 CASF.	61
<u>Écart 61 :</u>	La liste fournie des vacataires ne permet pas d'assurer la continuité des soins médicaux et paramédicaux ce qui contrevient à l'article R344-2 CASF.	61
<u>Écart 62 :</u>	La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence si la traçabilité se fait en temps réel ce qui contrevient à l'article L31-3 CASF.	62

<u>Écart 63 :</u>	Le médecin généraliste salarié de la MAS n'est pas sollicité pour les admissions et il n'existe pas de procédure correspondant à la situation RH médicale actuelle ce qui contrevient à l'article D344-5-5CASF.	62
<u>Écart 64 :</u>	A noter que [REDACTED] en MAS n'a pas de dossier médical ni de soins au sein du logiciel [REDACTED] ce qui contrevient à l'article D344-3 CASF.	62
<u>Écart 65 :</u>	La mise à jour régulière des dossiers médicaux n'est pas assurée ce qui contrevient à l'article D344-5-11 CASF.	62
<u>Écart 66 :</u>	Au moins 12 personnes accueillies sur 14 en MAS n'ont pas de médecin traitant ce qui contrevient aux bonnes pratiques professionnelles et ce qui contrevient à la sécurité des personnes accueillies.	63
<u>Écart 67 :</u>	L'entretien de l'infirmerie, l'ordonnancement et le stockage de certains médicaments de l'établissement ne sont pas assurés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-3 1° du CASF relatif à la sécurité du résident.	64
<u>Écart 68 :</u>	Le contenu du sac d'urgence n'est pas vérifié mensuellement. Les dates de péremption des médicaments ne sont pas vérifiées ce qui contrevient à l'article R4312-38 CSP.	65
<u>Écart 69 :</u>	Il n'existe pas de coffre à stupéfiants ou à médicaments assimilés comme la ritaline ce qui contrevient à l'article R5126-109 du CSP.	65
<u>Écart 70 :</u>	Les douches attenantes aux chambres des personnes accueillies doivent être adaptées aux besoins et à la sécurité des personnes.	66
<u>Écart 71 :</u>	La mission n'a pas pu vérifier si les professionnels sont formés aux emplacements et à l'utilisation du matériel d'urgence ce qui contrevient à l'article D344-5-6 CASF.	66
<u>Écart 72 :</u>	Le matériel d'urgence est incomplet au sein de la MAS.	66
<u>Écart 73 :</u>	Le chariot d'urgence : n'est pas vérifié, il n'y a pas de dotation signée et en particulier il n'y a pas de vérification des dates de péremption ce qui contrevient à l'article R4312-38 CSP (cf item 3-8-5).	66
<u>Écart 74 :</u>	Il n'y a aucune preuve de vérification des DAE et ils ne sont pas dans des boîtiers fixés ce qui contrevient à l'article R157-4 CCH.	67
<u>Écart 75 :</u>	Les prescriptions consultées sont conformes sauf certaines prescriptions conditionnelles relatives aux cas de crise d'épilepsie ou aux cas de douleur ce qui contrevient à l'article. R4312-43 CSP.	67
<u>Écart 76 :</u>	Dans le logiciel [REDACTED] ne sont pas retrouvées les prescriptions pour fauteuil roulant chez la PMR à la MAS ni par le médecin ni par un professionnel de la rééducation ce qui contrevient à l'arrêté du 12 juin 2023.	68
<u>Écart 77 :</u>	La traçabilité des interventions et des soins effectués par les professionnels libéraux extérieurs n'a pas pu être mise en évidence ni au sein du logiciel de soins [REDACTED] ni au format papier ce qui contrevient à l'article R4321-2 CSP.	68
<u>Écart 78 :</u>	Un médicament en cas de crise d'épilepsie est prescrit mais de façon imprécise ce qui contrevient à l'article R4312-43 CSP.	69
<u>Écart 79 :</u>	Il n'existe pas de suivi ni de traçabilité de la douleur au sein des dossiers médicaux ce qui contrevient aux articles L1110-5 du CSP et D344-5-3- du CASF	70
<u>Écart 80 :</u>	Lors des consultations externes ou lors des transferts, tous les éléments réglementaires composant le dossier de consultation extérieur ne sont pas formalisés ce qui contrevient à l'article D344-5-8 du CASF.	70
<u>Écart 81 :</u>	La distinction entre les actes de la vie courante et les soins n'est pas identifiée dans les prescriptions (R5132-3 CSP).	71

<u>Écart 82 :</u>	En l'absence de la formalisation de la convention d'officine les modalités de livraisons sous la forme de paquets scellés ne peut être garantie ce qui contrevient à l'article 5125-47 du CSP.	72
<u>Écart 83 :</u>	La mission d'inspection n'a pas constaté la présence d'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles au sein de la MAS ce qui contrevient à l'art L.311-3 (1°) du CASF et aux bonnes pratiques professionnelles définies par l'OMÉDIT IDF « La préparation des médicaments : bonnes pratiques et hygiène 2022.	73
<u>Écart 84 :</u>	L'établissement ne dispose pas de dotation pour soins urgents ce qui contrevient à l'article R5126-108 du CSP.	73
<u>Écart 85 :</u>	La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence que la préparation des médicaments sont tous effectués par une IDE notamment pour les médicaments en gouttes ou les sachets de micropakine. Les modalités de contrôle des dates de péremption des médicaments hors PDA n'ont pas été transmises. Ces constats contreviennent aux articles L311-3 du CASF et R4312-38 du CSP.	73
<u>Écart 86 :</u>	Aucune liste de médicaments à broyer n'est utilisée.	74
<u>Écart 87 :</u>	L'administration des médicaments n'est pas effectuée dans les locaux de l'infirmierie et la traçabilité n'est pas effectuée en temps réel ce qui contrevient à l'article R4312-35 du CSP.	74
<u>Écart 88 :</u>	L'établissement n'est pas en mesure de garantir la continuité des soins des personnes accueillies en l'absence de conventions avec un établissement ayant un service d'urgence et un groupement hospitalier de territoire (GHT) ce qui contrevient à l'article D344-5-6 CASF et L312-7 du CASF.	75

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	L'absence de formalisation des liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'organigramme ne permet pas aux professionnels de se positionner dans l'organisation globale de l'établissement. Par ailleurs, l'organigramme ne traduit pas les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'établissement avec l'organisme gestionnaire.	14
<u>Remarque 2 :</u>	La méconnaissance de l'établissement dans sa globalité par la directrice rencontrée le jour de l'inspection ne permet pas de garantir le remplacement de la direction de l'établissement.	16
<u>Remarque 3 :</u>	L'absence de subdélégation représente un risque dans la poursuite des actes de gestion courante relatifs aux besoins de fonctionnement de l'établissement, à l'accueil et au suivi des personnes bénéficiaires d'une prise en charge et aux personnels	16
<u>Remarque 4 :</u>	L'absence de fiche de poste ne permet pas l'identification précise des missions dévolues au médecin	17
<u>Remarque 5 :</u>	L'absence de fiche de poste ne permet pas l'identification précise des missions dévolues au chef de service	17
<u>Remarque 6 :</u>	Le taux de rotation des professionnels ne permet pas de garantir un suivi régulier dans l'accompagnement des usagers, ce qui n'est pas conforme aux RBPP en vigueur.	18
<u>Remarque 7 :</u>	L'absence de responsable qualité représente un risque pour l'établissement.	21
<u>Remarque 8 :</u>	L'absence de professionnels référents dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	21
<u>Remarque 9 :</u>	Certaines actions antérieures à 2025 ne sont pas réalisées ce qui n'est pas conforme aux RBPP.	21

<u>Remarque 10 :</u>	Aucun support d'autoévaluation n'a été transmis. La mission d'inspection constate que l'établissement n'a pas conduit d'auto-évaluation ce qui n'est pas conformes aux RBPP.	22
<u>Remarque 11 :</u>	La prise en charge des comportements problèmes n'est pas conforme aux RBPP de l'HAS.	25
<u>Remarque 12 :</u>	Il n'existe pas de système d'enregistrement et de suivi des enquêtes de satisfaction. Il n'existe pas de suivi des réclamations et les plaintes des usagers ce qui contrevient aux RBPP.	26
<u>Remarque 13 :</u>	Il existe des procédures de déclaration et suivi des EI mais les documents fournis ne permettent pas de vérifier que le suivi mensuel préconisé dans les documents est réalisé ce qui contrevient aux RBPP. La procédure de déclaration d'un EI à l'ARS contenant le descriptif des 2 volets et l'appui possible par la Staraqs n'est pas décrit. Les mesures correctrices ne sont pas incluses dans le PACQ	28
<u>Remarque 14 :</u>	Toutes les reunions ne sont pas organisées de manière régulière ce qui contrevient aux RBPP.	36
<u>Remarque 15 :</u>	Les plannings ne sont pas diffusés un mois à l'avance et ne comportent pas : - La désignation nominative les jours et les heures de présence des IDE; - La date de validité et de mise à jour, le numéro de version, la mention et qualification des professionnels, les unités d'affectation et les temps de pause.	37
<u>Remarque 16 :</u>	L'ensemble des fiches de poste demandées n'a pas été fourni. Les fiches de poste transmises ne sont pas nominatives et détaillées. Les missions des agents faisant fonction et des agents diplômées ne sont pas clairement définies par poste et par qualification.	38
<u>Remarque 17 :</u>	La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence de DLU dans le logiciel de soins LIVIA.	40
<u>Remarque 18 :</u>	La direction de l'établissement ne prend pas les dispositions nécessaires permettant d'assurer la traçabilité de l'entretien et des travaux et ne met pas en œuvre une organisation fonctionnelle permettant les réparations et les petits travaux du quotidien.	43
<u>Remarque 19 :</u>	Les pièces dédiées aux soins, aux activités et à la rééducation ne sont pas nettoyées, rangées et fonctionnelles.	43
<u>Remarque 20 :</u>	L'établissement ne dispose pas de salle d'apaisement ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques dédiés à un accompagnement de qualité des personnes avec autisme.	44
<u>Remarque 21 :</u>	La procédure d'admission commune aux établissements du site n'est ni signée, ni datée. Les entretiens menés lors de l'inspection montrent qu'elle n'est pas connue des professionnels, ce qui ne permet pas d'en garantir l'application. De plus, le médecin psychiatre a quitté les effectifs, sans être remplacé par un autre médecin, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques.	47
<u>Remarque 22 :</u>	Les relations avec les familles ne satisfont pas aux recommandations de bonnes pratiques, par manque d'écoute et défaut de communication.	52
<u>Remarque 23 :</u>	La mission d'inspection n'a pas pu constater la corrélation de ces activités avec les besoins et les attentes des personnes accueillies. En effet les projets personnalisés ne sont établis que pour 2 personnes.	53
<u>Remarque 24 :</u>	Le document transmis ne permet pas d'identifier une procédure de gestion du linge adaptée à l'établissement.	54
<u>Remarque 25 :</u>	Les représentants au CVS expriment une absence de régime adapté aux besoins spécifiques de leurs proches.	54
<u>Remarque 26 :</u>	L'établissement n'est pas en mesure d'apporter la preuve de l'existence d'une commission des menus.	54
<u>Remarque 27 :</u>	Les conditions d'hygiène ne sont pas remplies dans la petite cuisine attenante à la salle de restauration.	55
<u>Remarque 28 :</u>	En l'absence de collation le soir et compte-tenu des éléments décrits, il n'est pas possible d'éliminer une durée du jeune nocturne supérieure à 12h ce qui contrevient aux RBPP.	56

<u>Remarque 29 :</u>	Le niveau de satisfaction recueillie au cours de l'inspection pour les repas est faible et aucune enquête de satisfaction n'a été réalisée ce qui contrevient aux RBPP.	56
<u>Remarque 30 :</u>	Dans le logiciel [REDACTED] au sein des dossiers médicaux, le poids n'est pas tracé tous les mois mais plutôt tous les 2 à 3 mois même en cas de perte de poids ce qui contrevient aux RBPP.	57
<u>Remarque 31 :</u>	Il n'existe pas à la connaissance de la mission d'inspection de rapport médical annuel ce qui contrevient aux RBPP.	59
<u>Remarque 32 :</u>	Les DLU sont réactualisés chaque année sous format papier mais il n'existe pas de calendrier de mise à jour à la connaissance de la mission d'inspection.	63
<u>Remarque 33 :</u>	Les données en lien avec l'exercice de la psychologue ne sont pas à jour.	63
<u>Remarque 34 :</u>	La liste des médicaments d'urgence recommandée n'est pas complète ce qui contrevient aux RBPP (Omédit ESMS).	64
<u>Remarque 35 :</u>	L'oxygène et l'ECG sont inexistantes au sein de la MAS ce qui contrevient à l'article L.311-3 (1°) du CASF.	65
<u>Remarque 36 :</u>	Le matériel de pesée adapté n'existe pas pour les personnes en fauteuil roulant.	65
<u>Remarque 37 :</u>	Il n'existe pas de personnel de rééducation que ce soit kinésithérapeute, psychomotricien ou ergothérapeute intervenant dans l'établissement MAS ce qui ne correspond pas aux soins requis pour les personnes accueillies.	66
<u>Remarque 38 :</u>	La mission d'inspection n'a pas pu mettre en évidence que les professionnels ont connaissance de tous ces protocoles.	68
<u>Remarque 39 :</u>	Il n'existe pas de procédure de prévention des escarres.	69
<u>Remarque 40 :</u>	L'absence de traçabilité d'une contention pour une des personnes accueillies a été mise en évidence ce qui contrevient aux RBPP.	70

6. Conclusion

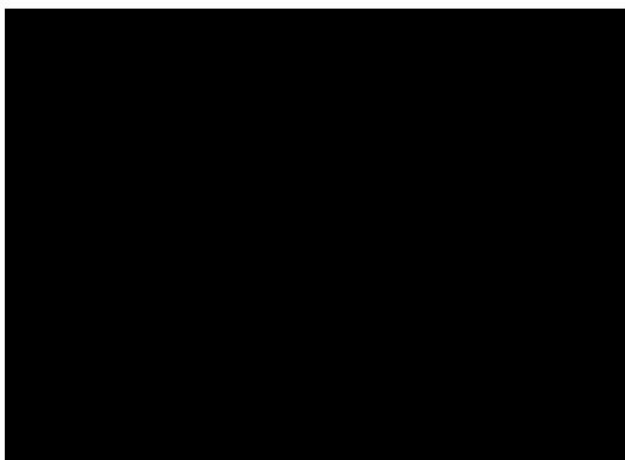
Le contrôle sur place, réalisé de façon inopinée, de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Pavillon royal » située au 301, allée du Pavillon Royal – 77176 NANDY, FINESS ET n°770002988, gérée par l'association « SOS Solidarités » a été réalisé le 9 juillet 2025. Le rapport d'inspection a été construit à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission a relevé de nombreux dysfonctionnements majeurs et importants (88 écarts et 40 remarques) en matière de :

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

Certains constats ont d'ailleurs été signalés avant la finalisation de ce rapport à la direction de la MAS Pavillon royal ainsi qu'à la direction de l'organisme gestionnaire et ce, par mail et par échanges en visioconférence. Ils nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

A Lieusaint, le 26 septembre 2025



7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social	IME : Institut médico-éducatif
AMP : Auxiliaire médico-psychologique	PAI : Projet d'accompagnement individualisé
ARS : Agence régionale de Santé	PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité
AVS : Auxiliaires de vie sociale	PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins
AS : Aide-soignant	PE : Projet d'établissement
CASF : Code de l'action sociale et des familles	PECM : Prise en charge médicamenteuse
CDD : Contrat à durée déterminée	PH : Personne porteuse d'un handicap
CDI : Contrat à durée indéterminée	PMR : Personnes à mobilité réduite
CDS : Contrat de séjour	PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés	RDF/RF : Règlement de fonctionnement
CNR : Crédits non reconductibles	RH : Ressources humaines
CoViD : Corona Virus Disease	SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie	SF2H : Société française d'hygiène hospitalière
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie
CSP : Code de la santé publique	
CT : Convention tripartite pluriannuelle	
CVS : Conseil de la vie sociale	
DADS : Déclaration annuelle des données sociales	
DAE : Défibrillateur automatisé externe	
DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères	
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux	
DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés	
DLU : dossier de liaison d'urgence	
DUD : Document unique de délégation	
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels	
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave	
ETP : Equivalent temps plein	
HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »	
HAD : Hospitalisation à domicile	
HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)	
HCSP : Haut-comité de santé publique	
IEM : Institut d'éducation motrice	
IDE : Infirmier diplômé d'Etat	
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur	

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Seine-et-Marne

Politique de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Département de l'Autonomie

Responsable de l'Autonomie :

Responsable adjointe de l'Autonomie :

Affaire suivie par :

Tél. : 01 78 48 23 54

Lieusaint, le 09 JUL. 2025

Docteur, Madame, 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 maltraitances 2024-2027 ».

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

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

La maison d'accueil spécialisée (MAS) Pavillon Royal située au 301 rue du Pavillon Royal à NANDY (N°FINESS ET 770002988) a été inscrite dans la programmation de ces contrôles.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, permettant de vérifier les points suivants :

Gouvernance :

- Conformité aux conditions de l'autorisation ;
- Management et stratégie ;
- Animation et fonctionnement des instances ;
- Gestion de la qualité ;
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables.

Fonctions support :

- Gestion des RH ;
- Gestion d'information ;
- Bâtiments et espaces extérieurs et équipements ;
- Sécurité.

Prises en charge :

- Organisation de la prise en charge ;
- Respect du droit des personnes ;
- Vie sociale et relationnelle ;
- Vie quotidienne et hébergement ;
- Champ de l'éducation ;
- Soins.

Relations avec l'extérieur :

- L'environnement ;
- Coordination avec les autres secteurs.

Par ailleurs, je vous demande d'apporter une attention particulière aux points suivants :

- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue ;
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND)).

La mission est également chargée de recueillir :

- La liste nominative exhaustive de l'ensemble des personnels (salariés de l'établissement et intérimaires) et personnes bénévoles qui sont intervenues dans l'établissement dans les 30 jours glissants précédant et incluant le jour la visite sur site.
- Pour chacune de ces personnes, toutes les informations suivantes : nom, prénom, sexe, date de naissance, ville de naissance (numéro de département et numéro d'arrondissement le cas échéant), pays de naissance, statut.

Vous demanderez à l'établissement de transmettre ces informations via la plateforme de dépôt sécurisée Bluefiles : <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>.

La DDARS 77 se chargera de vérifier, dans les conditions prévues aux articles 776, R79 et 706-53-7 du Code de procédure pénale, les inscriptions figurant dans les casiers judiciaires de ces personnes (volet B2). Vous serez directement informé en cas d'identification d'une situation mentionnée à l'article L.133-6 du CASF.

La mission débutera à compter du 09 juillet 2025 à 07 heures 30 et sera assurée par :



Les inspections seront réalisées selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP) ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront.

À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que les membres de la mission jugeront utiles de rencontrer.

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

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

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

Je vous prie d'agréer, Docteur, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

P/le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et par délégation,



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

² Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés

Pointage des pièces reçues dans le cadre de l'inspection de la MAS Pavillon Royal le 09/07/2025

GOUVERNANCE Conformité aux conditions d'autorisation		Pointage 18/07/2025	
1	Liste des personnes en situation de handicap accompagnées par la structure en file active et modalités d'accompagnement	X	
GOUVERNANCE Management et stratégie			
2	Le règlement de fonctionnement	X	
3	Le projet d'établissement	X	
4	Le plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	X	
5	L'organigramme de la structure	X	
6	Le diplôme(s) du directeur	Attestation formation à demander	
7	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du directeur	X	
8	Les 3 dernières fiches de paie du directeur	X	
9	Le document unique de délégation du directeur	X	
10	Subdélégation du directeur le cas échéant		
11	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du directeur		
12	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction du mois M-1, M, M+1	X	
13	La procédures et/ou convention d'astreinte de direction (cahier d'astreinte)	X	
14	Le diplôme chef de service éducatif	X	
15	Le(s) contrat(s) de travail chef de service éducatif	X	
16	Les 3 dernières fiches de paie chef de service éducatif	X	
17	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée chef de service éducatif	X	
18	Le diplôme du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante	X	
19	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante	X CDD	
20	Les 3 dernières fiches de paie du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante	X	
21	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante	X	
GOUVERNANCE Animation et fonctionnement des instances			
22	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS) ou autre forme de participation	X	
23	La liste des membres du CVS comportant leur nom, leur collège et leur qualité (exemple : Madame [NOM-PRENOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)	X	
24	Les comptes-rendus 2023, 2024 et, 2025 du CVS	X	
GOUVERNANCE Gestion de la qualité			
25	Plan d'amélioration continue de la qualité formalisé	X	
26	Désignation du responsable qualité et fiche de poste	X	
27	Liste des professionnels référents thématiques	X	
28	Procédure d'autoévaluation	X	
29	Protocole de bonnes pratiques de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	X	
30	Fiche de poste du référent bientraitance	Responsable qualité	
31	Comptes-rendus et liste d'émargement des réunions de bonnes pratiques professionnelles liées à la bientraitance	X	
32	Procédure de gestion des comportements « problèmes »	Non remis	
33	Procédure d'utilisation de la salle de calme-retrait et d'apaisement	Inexistant	
34	Procédure de déclaration en cas de maltraitance	X	
35	Extraction du système d'enregistrement ou copie du registre des enquêtes de satisfaction, réclamation et plaintes des usagers et des réponses adressées sur les 3 derniers mois	X	
36	Procédures de déclaration interne d'événement indésirables	X	
37	Procédures de déclaration externe d'événement indésirables	X	

38	Procédure de gestion, de suivi et d'analyse des EI (y compris, le cas échéant, EI graves, EI associés aux soins et la procédure de signalement)	X	
39	Liste des signalements à l'ARS	X	
40	Copie d'un signalement au procureur le cas échéant	X	
FONCTIONS SUPPORT			
<i>Gestion des ressources humaines</i>			
41	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	X	
42	Au format tableur, la liste du personnel complète distinguant les fonctions, (encadrement, administratif, éducatif, médical, paramédical et soignant) et précisant : - Nom de famille (Nom de naissance à l'état civil) - Nom d'usage - Prénom - Date de naissance - Lieu de naissance (Ville de naissance et arrondissement, département ou pays de naissance) - Genre - Filiation : nom et prénom du père et nom et prénom de la mère - Nature du poste occupé - Date d'embauche - Diplôme - Type de contrat	Incomplète	
43	Le registre unique du personnel (RUP) des 6 derniers mois (au format tableur : EXCEL ou Libre office CALC)	X	
44	Les fiches de paie M-1 de l'ensemble du personnel de l'établissement en CDI (hors personnel cadre)	X	
45	Tous les diplômes du personnel médical, paramédical, soignant en CDI et libéral intervenant dans l'établissement (Médecin, psychologue, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)	X	
46	Tous les diplômes du personnel éducatif	1 seul diplôme	
47	Tous les contrats de travail pour les personnels salariés de l'établissement (CDI et CDD)	X	
48	Toutes les conventions des personnels libéraux intervenant dans l'établissement	X pas pour les libéraux	
49	L'extrait du plan de formation 2023, 2024 et 2025	X	
50	La liste des agents en cours de formation qualifiante et leur attestation d'inscription à la formation qualifiante	Pas d'agent en formation qualifiante	
51	Le plan de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)	Inexistant	
52	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant ou intérimaire	X	
53	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel + Légende explicative de l'ensemble des codes utilisés (qualification, affectation...)	X	
54	Comptes-rendus de réunions d'équipes interdisciplinaires (hors temps de transmissions)	X	
55	Les fiches de poste du personnel médical et du personnel éducatif	X	
56	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée		
	La liste des remplaçants à contacter en cas d'absences	X	
FONCTIONS SUPPORT			
<i>Gestion d'informations</i>			
57	Dossier administratif vierge avec annexes et liste des documents	X	
58	Demande d'accès aux dossiers médicaux avec identifiant et mot de passe pour le médecin de la mission d'inspection.	Fourni par courriel	
FONCTIONS SUPPORT			
<i>Bâtiments, espaces extérieurs et équipements</i>			
59	Plan des locaux	X	
FONCTIONS SUPPORT			
<i>Sécurités</i>			
60	Contrat pour la gestion des déchets associés aux soins à risque infectieux	X	
61	Extraction du système d'appels malade	Pas de système d'appel malade déployé	
PRISE EN CHARGE			
<i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>			

62	La procédure complète d'admission	X	
63	La procédure d'évaluation des besoins et de mise en place des accompagnements		
64	Modèle de contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) et ses annexes	X	
65	Le registre des personnes accueillies des 6 derniers mois	X	
66	Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers résidents admis au sein de l'établissement	X	
67	Le livret d'accueil	X	
68	La charte des droits et libertés de la personne accueillie	X	
69	Listes des médecins traitant libéraux intervenant dans la structure	X	
70	Emplois du temps des usagers et interventions des différents professionnels sur les 12 derniers mois	X	
71	Copie/extraction anonymisée des transmissions entre les équipes		
72	Les contrats types signés par les professionnels de santé intervenant à titre libéral au sein de l'établissement (médecin(s) traitant(s), masseur(s)-kinésithérapeute(s), orthophoniste(s), pédicure-podologue(s)...)		
73	Fiche de poste et contrat de travail de l'assistant de service social		
PRISE EN CHARGE			
<i>Projet personnalisé d'accompagnement</i>			
74	Planning d'actualisation et de création des projets individualisés d'accompagnement	X	
75	Procédure d'élaboration et de mise à jour des projets individualisés d'accompagnement	X	
PRISE EN CHARGE			
<i>Respect des droits des personnes</i>			
76	Extraction de la synthèse des protections juridiques sur le logiciel soins ou autre		
PRISE EN CHARGE			
<i>Vie sociale et relationnelle</i>			
77	Procédure relative au respect de l'intimité des usagers		
78	Procédure relative au respect de la vie affective des usagers		
PRISE EN CHARGE			
<i>Vie quotidienne, hébergement</i>			
79	Règlement de fonctionnement de l'internat	Voir RF MAS	
80	Protocole relatif à l'hygiène corporelle	X	
81	Convention avec les chauffeurs/opérateurs organisant le transport	Inexistant	
82	Procédure de gestion du linge	X	
PRISE EN CHARGE			
<i>Alimentation</i>			
83	Procès-verbal des commissions des menus		
84	Liste anonymisée des régimes et textures	X	
CHAMP THERAPEUTIQUE			
<i>Les moyens pour la prise en soins</i>			
85	Procédure de prise en charge en soins en continu/		
86	Procédure d'astreintes organisant la prise en charge en soins en continu		
87	Extractions du logiciel de soins plans de soins ou DLU anonymisé (si pas d'accès à distance possible)	X	
88	Copie du registre sanitaire		
89	Exemple de dossier de soins informatisé (si pas d'accès à distance possible)	X	
90	Le cas échéant, liste préférentielle des médicaments	N/A	
91	Protocole de dépistage et prévention des troubles de la déglutition	X	
92	Protocoles d'installation		
93	Protocole de mise en place et de réévaluation des contentions		
94	Procédure du circuit du médicament	X	
95	Liste des médicaments écrasables		
96	Protocole de délégations de distribution des médicaments	X	
RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR			
<i>Coordination avec les autres secteurs</i>			
97	Convention d'officine	En cours d'élaboration	

98	Conventions avec le groupe hospitalier de territoire, centres médico-psychopédagogiques, CMP, Handiconsult, handigynéco, Rhapsod'IF.		
99	Convention avec oto-rhino-laryngologiste, dentiste ou stomatologiste		
100	Liste formalisée de médicaments et dispositifs médicaux pour soins d'urgence (sac ou chariot d'urgence).	X	
101	Fiches de vérification périodique des médicaments et dispositifs médicaux pour soins d'urgence (sac ou chariot d'urgence) sur les 3 derniers mois.	X	