

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

**Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « La Maison de Marie »
60, rue de Villiers
78300 POISSY
FINESS ET n° 780018610**

**RAPPORT D'INSPECTION
N°2025_IDF_00078
Contrôle sur place le 10 avril 2025**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France,
- Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France, coordinatrice de la mission,
- Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-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 disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	9
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	9
1.2. Management et Stratégie	10
1.3. Animation et fonctionnement des instances	18
1.4. Gestion de la qualité	21
1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	25
2. Fonctions support	28
2.1. Gestion des ressources humaines	28
2.2. Gestion d'information	37
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	40
2.4. Locaux et équipements	43
2.5. Sécurités	47
3. Prises en charge	49
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	49
3.2. Les projets individualisés d'accompagnements	52
3.3. Respect des droits des personnes	53
3.4. Vie sociale et relationnelle	55
3.5. Vie quotidienne	56
3.6. L'alimentation	57
3.7. La dispensation des soins	58
3.8. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	71
4. Relations avec l'extérieur	78
4.1. Environnement	78
4.2. Coordination avec les acteurs de soins	79
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	80
5.1. Écarts	80
5.2. Remarques	81
6. Conclusion	84
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	86
8. Annexes	87

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 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 », sur lequel travaillent les agences régionales de santé (ARS) sur la période 2025-2027.

La MAS « La Maison de Marie » a été inscrite au PRIC 2025 aux motifs [REDACTED]

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
 - Soins
- Relations avec l'extérieur
 - L'environnement
 - Coordination avec les autres secteurs

Court résumé de la qualité d'accueil de la mission par les professionnels de la MAS et difficultés rencontrées.

La mission a été bien accueillie par la directrice et l'ensemble des professionnels s'est montré très disponible. La mission n'a pas rencontré de difficultés particulières ; l'inspection s'est déroulée dans de bonnes conditions.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Présentation des écarts et remarques qui sont identifiés comme majeurs dans la prise en charge des usagers

Gouvernance :

- Le contrat de travail du médecin à conformer à son temps de présence effectif ;
- L'absence d'information du CVS sur les dysfonctionnements et événements graves ;
- La non-réalisation d'enquête de satisfaction annuelle auprès des familles ;

Fonctions support :

Ressources humaines :

- Le recours à des professionnels [REDACTED] ;
- La vacance de postes de professionnels (dont IDE, psychomotricien) ;
- L'absence d'assistant de service social au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
- Un taux de rotation de professionnels très important ;
- Une présence en nombre de professionnels (IDE ; AS de nuit) [REDACTED] certains jour et nuit, pour assurer une sécurité en soins des usagers ;
- L'existence de glissement de tâches ;
- La non-tenue d'un registre des entrées et sorties des usagers ;

Bâtiments, espaces extérieurs, équipements ;

- Un entretien et une hygiène des locaux insuffisants (au niveau des sanitaires ; présence de signes de dégât des eaux dans une salle de l'établissement) ;
- Le non-respect des mesures prises en matière de vidéosurveillance ;

Prise en charge en soins :

- Un relai non organisé en cas d'absence du médecin ;
- Une identitovigilance des usagers insuffisante ;
- L'absence de protocole de délégation de distribution des médicaments formalisé par les IDE, et de formation ;
- Des chariots et sacs d'urgence non scellés et une vérification mensuelle non réalisée ;
- L'absence de signature, de date et de validation de tous les protocoles, procédures de soins et conduites à tenir ;
- Des transmissions non organisées à chaque changement d'équipe ;

Circuit du médicament ;

- La non-sécurisation de l'accès aux traitements médicamenteux ;
- L'absence de convention signée avec une pharmacie d'officine ;
- Une armoire sécurisée de stockage des PDA non verrouillée et un chariot non sécurisé pour la dispensation ;
- L'absence de protocole pour le broyage des médicaments qui le permettent.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « La Maison de Marie » située 60 rue de Villiers à Poissy (78300), (FINESS géographique n°780018610), gérée par l'association « Les Chemins de l'Eveil » est autorisée pour l'accueil d'adultes, à partir de 20 ans, en situation de polyhandicap ou d'infirmité motrice cérébrale.

Elle dispose d'une capacité totale de 54 lits et places, soit 44 lits et places au titre d'un mode dit alternant -11 lits en internat et 33 places en semi-internat- (les 44 personnes admises alternant trois semaines de semi-internat et une semaine d'internat), et 10 places d'internat permanent (365 jours/365).

Cet établissement a été inscrit au programme 2025 d'inspection de l'ARS à la demande de la Délégation départementale des Yvelines en raison :

- [REDACTED] ;

- [REDACTED]

Dans ce contexte, sur le fondement de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, le Directeur général de l'ARS Ile-de-France a décidé de diligenter une inspection.

Modalités de mise en œuvre

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

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France ;
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France, coordonnatrice de la mission,
- Monsieur [REDACTED], inspecteur de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France.

Le contrôle a été réalisé sur site le 10 avril 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 :

- 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 :	Association « Les Chemins de l'Eveil »
Adresse de l'organisme :	Boulevard Charles Gounod
Code postal et Ville :	78100 Saint-Germain-en -Laye
Courriel :	contact@lescheminsdel'evenil.fr
Téléphone fixe :	01 30 61 81 00
Site internet	www.lescheminsdeleveil.com
Nombre d'ESSMS gérés	■ établissements en Ile-de-France

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	MAS « La Maison de Marie »
Complément :	60, rue de Villiers
Code postal et Ville :	78300 Poissy
Courriel :	
Téléphone fixe :	01 30 06 65 00

Type de structure			
Type d'établissement / service :	Maison d'accueil spécialisée		
Date d'ouverture :	Le 23 avril 2007		
Numéro FINESS :	Géographique :	780018610	Juridique : 780001400
Statut juridique de l'entité juridique	Association Loi 1901 non reconnue d'utilité publique		
Option tarifaire :	ARS – dotation		
Date du CPOM (mm/aaaa) :	CPOM non négocié		
Présence d'une PUI ³ :	Non		

La MAS « La Maison de Marie » dispose d'une autorisation d'accueil et d'accompagnement de jeunes adultes/ adultes, à partir de 20 ans, polyhandicapés ou infirmes moteurs cérébraux (IMC), portant sur deux modalités :

- 10 places d'internat permanent (365 jours/365) ;

³ PUI : Pharmacie à usage intérieur

- 44 lits et places sous un mode alternant (11 lits en internat et 33 places en semi-internat ; les personnes admises alternant, tour à tour, trois semaines de semi-internat et une semaine d'internat).

Au jour de l'inspection, toutes les places sont occupées.

En outre, il est à noter que l'établissement, avec l'accord de l'ARS-Délégation départementale des Yvelines, - dans le cadre d'un projet de création de 3 places en semi-internat, pouvant être rapidement mis en œuvre, sans modification du bâti-, accueille une 55^{ème} personne par dérogation en semi-internat depuis le 2 septembre 2024 ; [REDACTED]

La MAS est organisée en cinq unités d'externat, tenant compte des besoins des jeunes adultes/ adultes et reposant sur un axe de travail principal défini pour chacune d'elles :

- l'unité rouge oriente son accompagnement et ses activités autour de la thématique toucher et manipuler ;
- l'unité bleue, autour de l'éveil des sens, la contenance et le bien-être ;
- l'unité verte, autour d'expériences sensorielles et motrices ;
- l'unité violette, autour de la thématique : « être acteur et citoyen » ;
- l'unité orange, autour du plaisir à se mouvoir pour aller vers l'autre et le monde.

Chacune d'elles compte de 10 à 11-13 usagers.

Ces unités sont localisées au rez-de-chaussée du bâtiment et les chambres d'internat complet et d'internat alternant sont installées au 1^{er} étage.

La MAS ne dispose pas de CPOM ; l'établissement reste dans l'attente d'une réunion de négociation depuis [REDACTED]

Constats

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

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. <u>Le régime juridique de la structure</u>	Oui	Le statut juridique de la MAS est conforme. Il s'agit bien d'un établissement privé à but non lucratif, géré par une association loi 1901.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>L'autorisation</u>	Oui	L'autorisation est en cours de validité (elle a été renouvelée en [REDACTED] pour 15 ans). La capacité de l'établissement est conforme à l'autorisation délivrée ([REDACTED] soit 54 places. Avec l'accord de l'ARS-Délégation départementale des Yvelines une 55^{ème} personne est en outre accueillie par dérogation en semi-internat depuis le 2 septembre 2024 ; l'établissement étant porteur d'un projet de création de 3 places en semi-internat. Capacité totale : 54 personnes et 1 personne en semi-internat par dérogation. Internat : 10 places Alternat : 44 places Semi-internat : 1 place Taux d'occupation N-1 : [REDACTED] Taux d'occupation au jour de l'inspection : [REDACTED]
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. <u>La population accueillie</u>	Oui	L'établissement prend en charge des adultes en situation de polyhandicap ou d'infirmité motrice cérébrale. L'âge des usagers accueillis s'étend de [REDACTED] Les usagers sont tous sous protection juridique – tutelle des parents ou habilitation familiale. Ils sont majoritairement issus des [REDACTED] ; moins d'une dizaine habitent le [REDACTED], et viennent de structure et non du domicile. Il accueille en outre, par dérogation et au regard de son état de santé, un 55^{ème} alternant [REDACTED] Le nombre d'admissions sur les trois dernières années ressort à [REDACTED] en 2022, [REDACTED] en 2023 et [REDACTED] l'an passé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. <u>Le CPOM</u>	Non	L'établissement ne dispose pas d'un CPOM. Il reste dans l'attente d'une date de programmation [REDACTED]

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u>	Oui	La MAS a un règlement de fonctionnement. Ce document date de moins de cinq ans ; il a été réécrit et validé par le conseil d'administration de l'association le [REDACTED]. Il inclut tous les modes d'accueil (alternance et internat permanent) et intègre la mise en place de la [REDACTED] Il a été présenté au CVS puis au CSE. Il est remis à chaque personne accueillie ou à son représentant légal, contre accusé de réception (document annexé au livret d'accueil) ainsi qu'aux professionnels. Le règlement de fonctionnement est affiché sur le panneau d'informations à l'attention des familles et des usagers. Ce document contient l'ensemble des dispositions obligatoires prévues dans le CASF – les dispositions générales ; l'organisation de l'accompagnement (dont les droits des jeunes adultes/

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			adultes accueillis ; les mesures mises en œuvre en vue de prévenir la maltraitance ; la participation des familles ou représentant légal ; le recours à la vidéosurveillance ...) et les obligations individuelles et collectives (le respect des termes de l'accompagnement ; les règles de fonctionnement liées à la vie collective ; l'hygiène et la sécurité ;...) Le règlement de fonctionnement mentionne les horaires d'ouverture et de fermeture du semi-internat : ouverture à 9h15 les lundi, mardi, mercredi, vendredi et 10h45 le jeudi ; fermeture à 16h15 chaque soir du lundi au vendredi.
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE)</u>	Oui	La MAS dispose d'un projet d'établissement en cours de validité, qui a été réécrit en 2022 au moment de l'extension de capacité, et qui court jusqu'en 2026. Il a été mis à jour avec l'ensemble des modalités d'accueil. Il a été adressé à l'ARS, et diffusé auprès des familles, des professionnels et des partenaires. Conformément au document de délégation, la [REDACTED] est en charge de son élaboration. Le projet d'établissement a été soumis au CVS pour avis, le 11 avril 2022 ; au conseil d'administration de l'association pour validation, le 12 avril 2022, puis présenté à l'ensemble des professionnels de l'établissement, le 21 avril 2022. Il n'a pas été vu affiché dans la structure, mais il est consultable (classeurs de documents de référence, dans le petit espace devant le bureau de la directrice).
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. <u>Le projet d'établissement : contenu</u>	Oui	Le projet d'établissement est complet présentant la place des jeunes adultes / adultes accueillis et abordant la nature de l'offre de service et son organisation (les critères d'admission ; l'admission ; la réorientation et procédure de sortie ; la répartition des personnes accueillies ; le principe d'accompagnement et l'accompagnement au quotidien ; les PPA ; la bientraitance ; le droit à la vie relationnelle, affective et sexuelle ; la prise en soin de la douleur ; les soins palliatifs ; l'accompagnement en fin de vie ; l'accompagnement au deuil ; la place des familles ; les professionnels et compétences ; le PACQ ; les partenaires et réseaux ; l'inclusion et l'ouverture vers l'extérieur).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Il comporte également les axes ou projets à mener sur 5 ans, ainsi que des annexes. Le volet dédié aux soins traite de la prise en soin de la douleur, de la prise en charge médicamenteuse, des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie.
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. <u>Le plan bleu</u>	Oui	La MAS dispose d'un plan bleu daté du 22 novembre 2024, faisant état outre de la cellule de crise (constitution et déclenchement), des risques identifiés et du plan de continuité d'activité. Les risques identifiés répertoriés recouvrent les risques environnementaux ; en cas de rupture de flux ; logistique et infectieux (avec pour chaque risque, les mesures et conduites à tenir). Le plan comprend aussi des annexes : le plan de continuité d'activité en cas d'épidémie virale ; le plan bleu hiver 2024-2025 ainsi que les fiches pratiques – conduites à tenir en cas de situations d'urgence et/ou inhabituelles de l'ARS. La réactualisation du document est réalisée au minimum une fois par an, par les membres de la cellule de crise. Le plan d'actions issu de l'évaluation HAS acte comme action « d'associer les professionnels à l'actualisation et à la révision du Plan Bleu (fin action mars 2026) ». Le [REDACTED] a été sollicité , mais le partenariat n'est pas formalisé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 1 : Le plan bleu de l'établissement est incomplet - absence de recensement des moyens de réponse (équipements et matériels disponibles) ; du plan de formation-, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R311-38-1 du CASF.⁴ Il n'est pas fait mention de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS. Remarque 1 : Le plan bleu ne fait pas mention de la consultation des instances représentatives du personnel et du CVS.
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. <u>L'organigramme</u>		L'établissement a établi un organigramme détaillé, traduisant les liens hiérarchique et fonctionnel, mais ne comportant que le nombre d'agents et non les ETP. Ce document, complété, a été réadressé le 23 avril 2025. Il mentionne les noms des agents et non les ETP, ainsi que les [] postes à pourvoir, à savoir [] et [] au sein de l'unité orange. Remarque 2 : L'organigramme ne fait pas état des ETP affectés au fonctionnement de la MAS. L'organigramme n'est pas affiché dans le hall.
1.2. Management et Stratégie	1.2.6. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u>		

⁴ Article R.311-38-1 du CASF : « Le plan mentionné au second alinéa de l'article L. 311-8, intitulé " Plan bleu ", prend en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif " ORSAN " définis à l'article R. 3131-4 du code de la santé publique.II.-Le plan mentionné au I contient notamment :1° Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;2° Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;3° Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;4° Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ; 5° Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles au sein de l'établissement ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif " ORSAN " ;6° Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles conformément au programme annuel ou pluriannuel mentionné au 2° de l'article R. 3131-4 du code de la santé publique. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			[REDACTED] [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.7. <u>Directeur : contrat et fiche de poste</u>		La directrice a été recrutée en [REDACTED] ([REDACTED]) et a pris ses fonctions en [REDACTED], au moment de l'ouverture de la MAS. Elle occupe un [REDACTED] et exerce dans [REDACTED] ESMS : [REDACTED] Lors de l'entretien, [REDACTED] [REDACTED] Elle ne détient pas de fiche de poste ou de lettre de mission. Elle a une délégation très détaillée qui en fait office (Cf. 1.2.10).
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. <u>Directeur : qualifications</u>		Elle a une formation [REDACTED] Elle est titulaire d'un [REDACTED] [REDACTED] Elle est également [REDACTED] [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Le remplacement de la direction</u>		
		Oui	L'établissement ne dispose pas de procédure d'organisation en l'absence de la directrice. Celle-ci communique par mail ses absences et une délégation temporaire de ses missions est confiée à une des deux cheffes de service. Le document rédigé pour une durée temporaire, précise alors

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			les pouvoirs confiés ([REDACTED]) Remarque 3 : La mission relève que la continuité de gestion en l'absence de la directrice, n'est pas formalisée, et s'interroge sur l'information portée à la connaissance du personnel de l'établissement, en son absence.
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. Les délégations au directeur		. L'établissement a adressé la délégation de pouvoirs du président de l'association au directeur général délégué, ainsi que celle du directeur général délégué à la directrice, datées du [REDACTED] Cette délégation est conclue à compter du jour de la signature, pour une durée indéterminée. Elle porte sur la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet associatif ; la gestion et l'animation des ressources humaines ; la gestion budgétaire, financière et comptable ; la coordination des institutions et des intervenants extérieurs ainsi que sur des domaines divers (assurances ; immobilier ; délégation en matière de système d'information...).
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. Les subdélégations du directeur		Il est fait mention dans le DUD que « La directrice, après information préalable du Directeur général, pourra subdéléguer certains des pouvoirs énumérés aux chefs de service des établissements, voire à d'autres personnes qu'aux chefs de service des établissements ». Celle-ci a ainsi établi des délégations de pouvoirs pour une durée indéterminée, à chacune des cheffes de service -l'une est éducatrice chef (communément nommée cheffe de service éducatif ; l'autre est cheffe de service éducatif et paramédical) -, datées et signées [REDACTED]. Leurs pouvoirs sont identiques à ceux de la directrice, exception faite en matière de gestion budgétaire. Les deux cheffes de service ne peuvent subdéléguer les pouvoirs conférés à d'autres personnes de l'établissement.
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. Les CODIR / COMEX / COPIL		Diverses réunions se tiennent au sein de l'établissement :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			-un comité de direction associative, en présence de l'association [REDACTED] (supports sur les services financier, ressources humaines et qualité) - à laquelle l'association [REDACTED] adhère-, une fois par mois en visio ; -des CODIR (la directrice et ses deux adjointes), une fois par mois, le jeudi ; -des CODIR inter-établissements tous les deux mois, avec les deux cadres de l'IME, de la MAS et la directrice (sujets abordés : échange sur le plan de formation ; sur l'harmonisation des procédures ; sur la vie quotidienne ...). Ces réunions donnent lieu à la rédaction de comptes-rendus.
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les astreintes administratives</u>	Oui	Une astreinte est mise en place, qui se répartit à raison d'une semaine sur trois, entre la directrice et les deux cheffes de service. Il n'a pas été transmis de procédure, mais un tableau portant organisation et planification des astreintes pour la période du 7 février 2025 au 23 mai 2025, signé de la directrice, avec numéros de téléphone. Remarque 4 : Les astreintes ne font pas l'objet d'une procédure formalisée, ce qui ne permet pas à tout professionnel d'en connaître l'existence et l'organisation.
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les astreintes techniques</u>	Non	L'établissement ne dispose pas d'astreinte technique.
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</u>		Une cheffe de service éducatif et paramédical à [REDACTED] encadre l'équipe soignante. Elle a été recrutée [REDACTED], les fonctions d'éducatrice chef (dénomination fonctionnelle = chef de service). Elle est titulaire du [REDACTED] D'après l'entretien mené avec la directrice, la cheffe de service éducatif et paramédical est secondée par un médecin, titulaire du [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	-		Le médecin a été embauché [REDACTED] [REDACTED] (source : entretien). Il possède une fiche de poste datée [REDACTED]. Il a notamment pour missions de définir et valider le projet de soins de chaque adulte ; de donner des avis techniques sur les projets paramédicaux individualisés ; de coordonner des actions médicales et paramédicales ; d'assurer les liens avec les familles. A celles-ci s'ajoutent des activités cliniques et d'expertise médicale. Remarque 5 : Le temps de présence du médecin indiqué dans son contrat de travail n'est pas conforme à son temps de travail effectif. La cheffe de service éducatif et paramédical détient une fiche de poste [REDACTED]. Elle a notamment pour missions, d'être la cheville ouvrière du projet d'établissement ; accompagnatrice des familles ; pilote de l'action éducatif et rééducative (garante des projets des unités et de leur mise en œuvre, tout comme des projets personnalisés d'accompagnement des jeunes adultes/adultes accueillis) ; de travailler en réseau et de développer les partenariats (pour l'admission ou l'orientation). Remarque 6 : La fiche de poste de la cheffe de service éducatif et paramédical est identique à celle de la cheffe de service éducatif. La mission s'interroge sur ses missions relevant du champ paramédical, qui ne sont pas énumérées.
1.2 Management et Stratégie	1.2.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative		Une cheffe de service éducatif à temps plein encadre l'équipe éducative. Elle a été engagée en [REDACTED] en qualité d'éducatrice chef, sous statut de cadre éducatif, sous l'autorité hiérarchique de la directrice. Elle est titulaire [REDACTED] [REDACTED] Elle dispose d'une fiche de poste datée de [REDACTED] et a des missions identiques à la cheffe de service éducatif et paramédical (elle est garante des PPA et des projets d'unité -externat et internat-, de leurs mises en œuvre et évaluation). Elle encadre par ailleurs, les équipes éducatives (animation des réunions).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.17. <u>Les conflits entre direction et salariés</u>		
1.2. Management et Stratégie	1.2.18. <u>Les affichages</u>	Oui	Enquête de satisfaction- voir point 1.3.2 ci-dessous. Le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont affichés au niveau de l'accueil de la structure, tout comme ce dernier document figure dans le livret d'accueil des usagers. La mission n'a observé l'affichage ni de l'arrêté de dotation globale, ni des horaires d'ouverture de la structure. L'arrêté de dotation globale est néanmoins consultable, dans les classeurs de documents de référence localisés dans le petit espace devant le bureau de la directrice. Le calendrier annuel de fonctionnement (année civile), si l'utilisateur est alternant, figure dans le projet d'établissement.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. <u>Le CVS</u>	Oui	Le conseil de vie sociale est en place depuis le 8 septembre 2022. Il s'est réuni 4 fois en 2024. Ont été transmis les comptes-rendus des réunions d'avril, juin, octobre et novembre, signés du président. L'ordre du jour est établi par la direction en lien avec les parents. Selon le calendrier 2025 transmis, des réunions se sont tenues en janvier, avril et mai, mais aucun compte-rendu n'a été produit.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Le règlement intérieur du CVS adopté en la séance du 8 septembre 2022, prévoit que « les convocations devront être adressées aux membres du CVS au moins 15 jours à l'avance, accompagnées de l'ordre du jour (fixé par le président) et des informations nécessaires ». Sa composition est conforme à la réglementation. L'instance compte deux représentants des personnes accueillies, huit représentants des familles, deux représentants des salariés et deux représentants de l'association. Ses membres ont été élus en 2022, et leur mandat prend fin en juin 2025. De nouvelles élections doivent avoir lieu à la fin du 1^{er} semestre 2025 ; les dates de réunion du CVS pour le second semestre n'ont donc pas été communiquées. L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. Le CVS exerce les missions qui lui sont attribuées : - Informer de l'évaluation externe – démarche qualité programmée au 1^{er} trimestre 2025 et la préparer (remplir les parties correspondantes sur le référentiel) ; entretien avec les membres du CVS ; - Présentation du budget prévisionnel 2025 et ses grandes lignes. - Traiter des questions des parents – [REDACTED] à chaque CVS (pas de mention dans tous les comptes-rendus) compte-rendu d'octobre 2024 = choix de programmes de télé présentés aux internes ; les missions de la maîtresse de maison (coordonnatrice d'internat) [REDACTED] - Rapport de fonctionnement 2023 (activité et budgétaire) ; - Questions diverses le 23 avril 2024 – problèmes de transport se multiplient ; alimentation ; nettoyage ; communication (accès des familles au dossier unique informatisé d'ici fin d'année 2024) – problème de transmissions fiables et régulières de professionnels ; pas de retour sur les sorties de week-end pour certains parents. Matériels encombrants stockés dans les couloirs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			- Débats organisés – fonctionnement – mission coordonnatrice internat, nettoyage et hygiène de la MAS, [REDACTED] - problématique qui se répète à chaque séance du CVS ; rénovation des chambres et autres questions. - Pas d'enquête de satisfaction. Il n'est pas fait mention dans les comptes rendus 2024 transmis, d'un bilan présentant aux membres du CVS, les événements indésirables et des plans d'action mis en œuvre. Lors des entretiens menés, il a été souligné que les membres n'étaient pas informés systématiquement des EI. Lorsqu'ils l'étaient, une seule synthèse orale avec plans d'actions est faite. Écart 2 : Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements et événements graves survenus au sein de l'établissement et ayant affecté l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.⁵ Des réponses sont apportées aux questions des parents, mais à la lecture des comptes rendus du CVS, il est remarqué un manque de temps pour aborder l'ensemble des questions.
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u>		Des enquêtes de satisfaction sur des thématiques spécifiques (qualité hébergement ; restauration ; qualité entretien des locaux ; qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante) ne sont pas réalisées au sein de la MAS. Lors de l'entretien [REDACTED], celle-ci a indiqué qu'une enquête de satisfaction était réalisée annuellement auprès des équipes. Quant aux familles, l'enquête de satisfaction remonte à quelques années ; le comité de pilotage de la qualité a le projet de la relancer.

⁵ Article R331-10 du CASF : « Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article D. 311-21 sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 7 : L'établissement ne réalise pas d'enquête annuelle de satisfaction auprès des familles, ce qui ne peut contribuer à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des personnes accueillies.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	1.4.1. <u>La direction</u>		
			La direction est impliquée dans une démarche qualité, laquelle a été présentée au conseil de vie sociale.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Le responsable qualité</u>		La cheffe de service éducatif est référente qualité pour la MAS et [REDACTED] (Cf. projet d'établissement). Elle accompagne également [REDACTED] dans la démarche qualité. Elle a été formée au siège de l'association [REDACTED] sur la démarche qualité, ainsi qu'au nouveau référentiel HAS (source : entretien). Elle est connue et identifiée par l'ensemble des professionnels.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. <u>Les professionnels référents</u>		Des référents sont identifiés (directrice ; cheffes de service ; psychologue ; IDE ;) par thématique pour conduire les actions d'amélioration de la qualité
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>		L'établissement dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité, intégrant les actions issues de l'évaluation interne [REDACTED]. Le document transmis a été mis à jour lors du COPIL qualité du 10 décembre 2024. Il est affiché au sein de la MAS. Ce document recense les thématiques concernées (accueil et admission ; accompagnement personnalisé ; RH et management ; partenariats et réseaux ; ...), les indicateurs, les actions

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
Choisissez un élément.			d'amélioration à apporter, le caractère prioritaire de la thématique, le nom du ou des pilotes de l'action, les moyens à mobiliser et l'échéance. Un COPIL qualité est en place depuis 2018, qui se réunit une fois par trimestre. A noter qu'avant 2018, celui-ci portait le nom de COPIL bientraitance. En 2024, y a été abordée la préparation de l'évaluation externe. Il n'a pas été établi de compte-rendu en 2024. Remarque 8 : Le COPIL qualité ne fait pas l'objet d'un compte-rendu systématique. Le rapport d'activité annuelle 2024 transmis (non finalisé, en cours de relecture par la direction générale) fait état des principaux chantiers « Qualité » menés en 2024, à savoir l'embellissement du cadre de vie des internes grâce à un groupe de travail réunissant professionnels et familles ; la mise à jour de l'organigramme ; la réécriture du DUERP, permise par la constitution d'un COPIL réunissant des professionnels de la MAS et de l'IME ; travail finalisé et présenté en CSE en juillet 2024.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>L'auto-évaluation</u>		La dernière auto-évaluation de la structure a été faite en 2024, basée sur le référentiel HAS afin de se l'approprier et de se préparer à l'évaluation externe.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>L'évaluation externe</u>		La première évaluation externe s'est déroulée en [REDACTED] L'arrêté du [REDACTED] portant programmation des évaluations de la qualité des ESSMS a fixé la date de la prochaine évaluation externe de la MAS « La Maison de Marie » au premier trimestre 2025. Un cabinet certifié a été retenu pour mener cette évaluation qui s'est déroulée les [REDACTED] et le rapport final a été adressé à l'ARS le [REDACTED]. Le rapport d'évaluation externe a donné lieu à l'élaboration d'un plan d'actions portant sur les thématiques droits des personnes accompagnées, accompagnement à la santé, démarche qualité et gestion des risques.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>		Est mise en œuvre au sein de la MAS, une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Plusieurs outils existent : un registre politique bientraitance du dispositif ; un questionnaire d'auto-évaluation de sa bientraitance, une charte bientraitance et une charte de bonnes pratiques relative aux actes de la vie quotidienne (lors des repas ; des toilettes et changes ; lors de l'accompagnement de nuit ; la juste distance entre l'encadrant et le jeune adulte/ adulte ; la communication entre professionnels). Existe au sein de l'établissement, une salle Snoezelen. La culture de la bientraitance est développée dans le projet d'établissement. Selon les entretiens menés, la bientraitance et les outils pour signaler et traiter doivent être connus de tous les professionnels. L'information se fait ou est rappelée lors de différents temps -la journée des nouveaux arrivants ; les entretiens professionnels ; les réunions institutionnelles, de service ;...
1.4. Gestion de la qualité	1.4.8. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u>		L'établissement n'a pas mis en place de véritable RETEX- CREX, mais organise des réunions sur les comportements problèmes. Un chef de [REDACTED] est nommé référent bientraitance pour les deux structures (MAS et IME). La bientraitance est inhérente à leur travail quotidien (source : entretien). La qualité de la transmission (aussi bien en interne que l'information donné au tuteur/ parent) va de pair avec la bientraitance. L'établissement souhaite éviter toute situation de maltraitance. Un groupe d'analyse de pratiques est animé une fois par mois, le jeudi, par deux psychologues extérieurs. Un compte-rendu est établi, accessible à tous les professionnels dans le dossier commun. Des formations autour de la bientraitance sont organisées. Une vigilance est portée à l'aide à la prise de médicaments ; aux textures ; aux temps de repas. Des formations sur la déglutition sont également planifiées. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS (travailler en réunion institutionnelle la dernière RBPP spécifique à l'accompagnement des personnes polyhandicapés).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.9. <u>La bientraitance en pratique</u>		Il est fait mention dans le livret d'accueil, du numéro d'appel 3977 (faits de maltraitance des personnes âgées et adultes en situation de handicap). La mission n'a en revanche, pas vu son affichage. Remarque 9 : Le numéro d'appel 3977 n'est pas affiché dans les locaux de la MAS.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.10. <u>Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels</u>		La réponse aux comportements problèmes n'est pas formalisée, mais donnent lieu à des réunions ou séances de travail « autour des comportements problèmes » au sein des unités (analyse de situations permettant de dégager des hypothèses (personne non verbale), puis des pistes et propositions d'accompagnement. L'établissement ne compte pas de salle d'apaisement.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.11. <u>La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)</u>		Existe au sein de la MAS, un registre de signalement interne des situations à risque de maltraitance ne donnant pas lieu à déclaration d'un événement indésirable, ouvert à compter du 1^{er} janvier 2017. Ils ne nécessitent pas (dans un premier temps) un signalement à l'ARS. La directrice ou son représentant se réserve toutefois le droit de décider de la gravité de l'évènement, de le requalifier en EIG ou EIGS et de le traiter comme tel. Ce registre est localisé dans le salon d'attente, dans un petit meuble dédié. Le dernier événement enregistré remonte au [REDACTED] : [REDACTED] [REDACTED] L'objet de ce registre n'est pas de dénoncer un mauvais accompagnement, mais de le signaler s'il est répété, de le resituer dans un contexte, d'en comprendre le motif et de proposer des pistes d'amélioration tant en direction des personnes accueillies que des accompagnants

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			(entretien professionnel ; repérage des besoins de formation, de fatigue, d'usure professionnelle).

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>La direction</u>		
			Cf. Point 1.4.1 ci-dessus.
	1.5.2. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	Oui	Il existe, pour les réclamations, suggestions et satisfactions, un registre papier. Celui-ci présente pour chaque réclamation ou plainte, les faits ; identifie les personnes concernées ; décrit les mesures mises en œuvre ; mentionne l'information donnée à l'utilisateur et aux instances de l'établissement. Celui-ci a été ouvert le 1^{er} juin 2017. La localisation de ce registre papier (dans le salon d'attente, dans un petit meuble dédié) est communiquée aux personnes accueillies. Il est prévu que les usagers y écrivent directement et un cadre (directrice ou cheffe de service) devra systématiquement être informé de toute saisie dans ce registre et y apporter réponse. La mission a constaté que la réponse d'un cadre y était bien inscrite. Aucune déclaration n'est informatisée. La gestion n'est pas formalisée. Il est toutefois prévu dans le plan d'action, suite à l'évaluation HAS, à échéance de décembre 2025, que l'établissement rédige une procédure de gestion des plaintes et réclamations. Un outil doit être déployé (Excel ou logiciel dédié) permettant de catégoriser les plaintes et d'en faciliter l'analyse, ce aux fins de pouvoir communiquer sur leur traitement auprès du CVS.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.3. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u>		L'établissement est doté d'un manuel de procédures de signalement, validé en équipe de direction le 2 février 2021 et modifié le 11 avril 2022, avec charte de confiance et d'incitation à la déclaration des EI. Pour déclarer les EI, un support existe : -le registre interne des EI (positionné dans le salon d'attente, dans un petit meuble dédié) , qui ne nécessitent pas, sauf avis contraire de la direction, un signalement à l'ARS . Ce registre a été ouvert le 18 mars 2024 et le dernier EI enregistré le 27 mars 2025. Il y est fait mention par EI, d'une proposition de mesure corrective et de réponse nominative de la direction . Aucune déclaration n'est informatisée, mais doit l'être dans le cadre du plan d'actions élaboré, suite à l'évaluation HAS. Tous les professionnels ont connaissance des procédures de déclaration en interne des EI (source : entretiens). Le plan de formation transmis ne fait pas état de formation aux événements indésirables (interne ; ARS). Des rappels sont néanmoins faits aux professionnels, ainsi que lors des réunions institutionnelles. Remarque 10 : Il est relevé l'absence de formation des professionnels de la MAS, aux modalités d'identification et de déclaration des EI et EIG.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u>		Le suivi et l'analyse des EI ne sont pas formalisés. Pour autant, les événements sont traités ; les réponses données ; les actions correctives immédiatement mises en place. Remarque 11 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure de suivi et d'analyse des événements indésirables, dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Il est prévu dans le plan d'action, suite à l'évaluation HAS, à échéance de décembre 2025, que l'établissement, en matière d'événements indésirables : -déploie des outils (excel ou logiciel dédié) permettant de les recueillir de manière confidentielle et d'organiser leurs traitement et analyse ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			-communique sur leur traitement auprès du CVS ; -associe les professionnels à leur analyse et à la mise en place d'actions correctives (réunions institutionnelles. COPIL qualité).
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.5. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>	Oui	La déclaration des EIG est formalisée (signalement immédiat à l'ARS ou dans les meilleurs délais). Les EIG sont déclarés à l'ARS par la directrice ; la référente qualité en est également informée. Une communication est également faite auprès du bureau de l'association, au CVS, au CSE et au comité de pilotage de la qualité. Ne sont remontés ou signalés (comme EIG) que les faits qui mettent en danger les usagers (telles qu'une erreur médicamenteuse ; une disparition préoccupante ; ...). La directrice en a déclaré [REDACTED] sur les années 2023-2024 [REDACTED]

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>		<u>Les effectifs professionnels de la structure</u> D'après les documents transmis par l'établissement (RUP, fiches de paie, planning, tableau RH à compléter par l'établissement), l'établissement dispose de différentes catégories de professionnels (hors cadres et direction) à savoir : Des moniteurs éducateurs, des AES ou AMP, un animateur socio-éducatif, des éducateurs spécialisés (ES), des masseurs kinésithérapeutes, un médecin chef de service, des infirmiers (IDE), un ostéopathe, un psychologue, un psychomotricien, des AS, des éducateurs sportifs, des AS FF, des gardes malades (assistants de vie familiale, nouveau nom pour auxiliaire de vie sociale) L'établissement ne dispose pas d'assistant de service social. Écart 3 : En ne disposant pas d'assistant de service social, l'établissement contrevient à l'article D344-5-13 du CASF.⁶

⁶ Article D344-5-13 du CASF : « Pour la mise en œuvre des articles D. 344-5-11 et D. 344-5-12, l'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe : 1° Au moins un membre de chacune des professions suivantes : a) Médecin généraliste ; b) Educateur spécialisé ; c) Moniteur éducateur ; d) Assistant de service social ;... ».

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<u>Les recrutements</u> Une des deux cheffes de service poste les annonces sur [REDACTED] la directrice signe les contrats à durée indéterminée (CDI), mais pour les contrats à durée déterminée (CDD), les cheffes de service signent et peuvent valider elles-mêmes le recrutement (source : entretiens). [REDACTED] salariés sont en VAE pour devenir ES (entretiens, tableau du personnel hebdomadaire) ; il n'en est pas fait mention dans le plan de formation de l'établissement (cf. partie plan de formation plus bas). La mission fait remarquer que les soins de nursing effectués par les éducateurs spécialisés (source : entretiens) constituent un glissement de tâche interdit. Écart 4 : Les éducateurs spécialisés effectuent des soins de « nursing » tâches ne relevant pas de leurs compétences. Cette situation contrevient aux dispositions de l'article D451-41 du CASF.⁷ Pour les IDE, l'établissement rencontre des difficultés dans le recrutement, car l'intérim génère de la concurrence dans les salaires (source : entretien).
	2.1.2. <u>Qualifications</u>		D'après les documents transmis (RUP, diplômes...), il ressort que certains professionnels font fonction [REDACTED] Cela concerne : [REDACTED] [REDACTED] Par ailleurs, la mission observe que n'ont pas été transmis : Les diplômes de [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED] Le diplôme de [REDACTED]

⁷ Article D451-41 du CASF : « Le diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé atteste des compétences nécessaires pour accompagner, dans une démarche éducative et sociale globale, des personnes, des groupes ou des familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration ou d'insertion... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			L'établissement a adressé le diplôme AES d'une personne présentée comme un éducateur spécialisé sur le roulement janvier 2025 et sur le tableau du personnel hebdomadaire [REDACTED]. L'établissement a également adressé le diplôme AMP pour un [REDACTED] qui assure le remplacement d'un éducateur spécialisé. Le diplôme de [REDACTED] nommé sur le tableau du personnel hebdomadaire, n'a pas été communiqué. Par ailleurs, il est présenté sur le RUP comme ayant une qualification d'AS. Sur le RUP, il est indiqué que la [REDACTED] est éducateur sportif. Or, le diplôme indique que le salarié est un kinésithérapeute. Écart 5 : En ayant recours à des professionnels non diplômés sur certaines fonctions (IDE, AS, AES ou AMP, ergothérapeute, éducateur spécialisé), l'établissement contrevient aux articles D4311-16 du CSP, D451-88 du CASF, D451-89 du CASF, L4391-1 CSP, L4331-2 du CSP.⁸
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.3. <u>Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure</u>		Outre les professionnels présentés ci-dessus, l'établissement dispose d'ouvriers ([REDACTED]), d'une maîtresse de maison (gouvernante, [REDACTED]), de comptables ([REDACTED]), d'une secrétaire médicale ([REDACTED]). L'équipe de direction compte [REDACTED] (source : tableau ETP budgété/réel). Il a été confirmé à la mission par entretiens et selon le dernier rapport d'activité, que le ménage et la cuisine étaient assurés par des prestataires externes.

⁸ Article D4311-16 du CSP : « Le diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière et ayant validé les enseignements théoriques et pratiques ainsi que les stages constitutifs de la formation ».

Article D451-88 du CASF : « Le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social atteste des compétences nécessaires pour réaliser des interventions sociales au quotidien, visant à accompagner les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, quelles qu'en soient l'origine ou la nature ».

Article D451-89 du CASF : « I.-Le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social est un diplôme de niveau 3 structuré en blocs de compétences précisés par arrêté du ministre chargé des solidarités. Il peut être obtenu, en tout ou partie, par la voie de la formation initiale ou continue, de l'apprentissage ou de la validation des acquis de l'expérience. Le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social est délivré par le préfet de région ».

Article L4391-1 du CSP : « Peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : 1° Du diplôme d'Etat d'aide-soignant ; 2° Du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; 3° Du diplôme professionnel d'aide-soignant ».

Article L4331-2 du CSP : « Peuvent exercer la profession d'ergothérapeute les personnes titulaires du diplôme défini à l'article L. 4331-3, ou titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 4331-4 et dont les diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa de l'article L. 4333-1. L'intéressé porte le titre professionnel d'ergothérapeute, accompagné ou non d'un qualificatif.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.1.4. <u>Les postes vacants sur la structure</u>		Après consultation du tableau de l'état des ETP budgétés et des ETP réels, il ressort au jour de l'inspection que : - [] poste est vacant au sein de la direction, de l'administration/gestion, des services généraux. Il s'agit [] (tableau ETP budgété réel) ; -Aucun poste n'est vacant sur le secteur socio-éducatif, [] est vacant sur le versant médical. - [] de psychomotricien sont vacants, ce nombre a également été confirmé lors des entretiens. Une psychomotricienne [] a rejoint l'IME et un [] a quitté l'établissement récemment. L'ensemble de l'équipe éducative compense actuellement l'absence de la psychomotricienne. - [] est vacant, il a été communiqué à la mission que l'établissement rencontrait des difficultés à recruter un []. Toutefois, [] serait potentiellement intéressé pour rester. Écart 6 : La vacance de postes dans certaines professions altère la qualité et la sécurité de la prise en charge des jeunes adultes/ adultes accueillis, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.⁹
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>Les contrats de travail</u>		Sur [] réels, [] sont en CDD, soit [] des ETP. La proportion de CDD est largement inférieure à la part de CDI. (Source : RUP).
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Le taux d'absentéisme des professionnels</u>		Les taux d'absentéisme communiqués par l'établissement permettent de comprendre quelles en sont les principales causes, mais ne donnent pas le taux d'absentéisme total sur la structure. En 2024, les arrêts maladie représentent []% des absences ; ce taux était de [] en 2023 et de [] en 2022. Cf. remarque N°21.

⁹ Article L311-3 du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Le taux de rotation des professionnels</u>		Selon le document taux de rotation 2022-2023-2024 de l'établissement, il est indiqué : En 2022 sur ■ salariés, ■ salariés étaient sortis et ■ ont intégré l'établissement : soit un taux de ■ En 2023 sur ■ salariés, ■ salariés étaient sortis et ■ avaient intégré l'établissement : soit un taux de ■ En 2024, ce taux est de ■ Ces données démontrent que le taux de rotation est très important. Remarque 12 : Le taux de rotation des professionnels au sein de la MAS est très important.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>		La mission a demandé ■ dossiers administratifs papier : - ■ d'entre eux était quasiment vide. Il a été donné comme explications, qu'il était intégralement informatisé ; - Les ■ autres dossiers des professionnels comportaient les contrats de travail, les qualifications, les rémunérations et indices, l'analyse du casier judiciaire 3, les fiches de poste nominatives. Ils étaient bien tenus. Toutefois, la fiche d'aptitude médecine du travail, le dernier entretien professionnel, les attestations de formations suivies AFGSU n'étaient pas systématiquement présents. Remarque 13 : Les dossiers des professionnels ne comportaient pas systématiquement la fiche d'aptitude médecine du travail, le dernier entretien professionnel, les attestations de formations suivies AFGSU.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>Les intervenants/prestataires externes</u>		Les intervenants externes sont un musicothérapeute et un professeur d'handijudo (source : entretiens). La mission n'a pas eu communication des conventions. Remarque 14 : La mission ne peut s'assurer du partenariat établi avec un musicothérapeute et un professeur d'handijudo, faute de conventions transmises. Les autres professionnels intervenant au sein de l'établissement ne sont pas libéraux.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>Le plan de formation des professionnels</u>		Dans le cadre des entretiens professionnels, un point sur les formations est réalisé (entretiens). Avant les entretiens professionnels, un questionnaire est à remplir par les salariés pour savoir comment ils se sentent dans l'établissement et quelles formations ils souhaitent suivre. La mission a pu consulter ce document sur place ; de nombreuses questions y sont présentes pour cerner au mieux les besoins des professionnels.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Il existe des groupes de codéveloppement pour les directeurs une fois par trimestre et d'analyse des pratiques avec des psychologues pour les chefs de service tous les trimestres (pour le personnel non-cadre, 10 séances par an). A chaque fois, ce sont des intervenants externes, c'est pluridisciplinaire, les cadres ne sont pas présents. Au départ c'était de la libre adhésion et maintenant c'est obligatoire (entretiens et rapport d'activité et budgétaire 2023) Les souhaits de formation sont recueillis et un travail est conduit avec les élus du CSE. Une réunion se déroule tous les deux mois entre les cadres de la MAS et l'IME pour cerner les besoins. Les plans de formation 2024 et 2025 retranscrivent les formations qui ont eu lieu au sein de l'établissement. Toutefois, les professionnels concernés par ces formations ne sont pas précisés. En outre, les plans de formation fournis ne font pas état des VAE en cours, des formations AGSU, sécurité incendie, à la sécurité et santé mentale du travailleur (issu notamment du DUERP). Écart 7 : Les plans de formation adressés à la mission sont incomplets. Ils ne traitent pas des formations en VAE, des formations obligatoires et n'indiquent pas les professionnels concernés, ce qui contrevient à l'article D344-5-10 du CASF¹⁰.
21. Gestion des ressources humaines	2.1.11. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u>		Il existe une procédure d'accueil des nouveaux professionnels qui date de janvier 2024. Elle est relativement exhaustive. Elle présente les différentes réunions qui ont lieu au sein de l'établissement, le rôle des référents éducatifs/paramédicaux, la place du PPA, les journées types au sein de l'internat et de l'externat, les informations relatives à l'utilisation de la badgeuse, les transmissions des codes informatiques. Y sont également abordées la bientraitance (« cadre entretien professionnel- remise d'un questionnaire d'auto-évaluation de votre bientraitance ») et la procédure de signalement -prévention de la maltraitance.

¹⁰ Article D344-5-10 du CASF : « Le directeur de l'établissement ou du service a la responsabilité du fonctionnement général de l'établissement ou du service. Sans préjudice des dispositions de l'article D. 312-176-5, le directeur est le garant de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1. A ce titre, le directeur : 1° En concertation avec la personne handicapée, sa famille, son représentant légal et l'équipe pluridisciplinaire, désigne le référent de chaque personne accompagnée, visé au 3° du D. 344-5-5 ; 2° Mobilise les moyens propres à assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels ».

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u>	Oui	Tous les premiers jeudis du mois, une réunion institutionnelle est organisée avec tous les salariés présents dans l'institution le jour de la réunion ; elle dure 1h30 ; des situations concrètes sont présentées, des exercices sont réalisés, les événements indésirables sont rappelés. Tous les comptes rendus sont sur les fichiers communs, et sont adressés par mail. Une réunion pluridisciplinaire a lieu tous les deux mois, elle réunit le personnel éducatif de deux unités de vie et tous les paramédicaux (psychomotricien, infirmière), ainsi que les cheffes de service et le médecin, sur des situations d'accompagnement qui interrogent, sur des appareillages, Les comptes rendus confirment la périodicité ; la périodicité est moins importante sur le volet santé.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.13. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u> L'organisation générale (trame) des plannings est-elle formalisée dans un document ?	Oui	<u>La maquette organisationnelle et les attendus de l'établissement</u> La maquette organisationnelle est relativement exhaustive, mais ne présente pas l'organisation du personnel de nuit hors IDE. Il a été communiqué à la mission que sur 3 unités [] éducatifs sont attendus et sur 2 unités, [] éducatifs. Il a été communiqué que sur chaque unité il y a normalement [] éducateur spécialisé, [] moniteurs éducateurs (certains d'entre eux sont en VAE ES), [] AS/AES/AMP. <u>Elaboration des plannings et gestion des absences</u> Les plannings sont coconstruits par les cadres sur [] soumis au CSE. Les chefs de service peuvent les modifier en cas de demande de congé, etc..., puis exportés sur le logiciel de paie. Les plannings sont à disposition des salariés sur l'année. Si une modification est faite moins d'une semaine avant la prochaine semaine de travail, une autorisation est demandée au salarié. Les plannings sont élaborés de manière à garantir un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle des agents (source : entretiens). Une procédure de continuité du service équipe de jour/équipe de nuit a été communiquée à la mission ; elle date d'avril 2022. Elle n'insiste pas suffisamment sur la priorisation de la concordance des qualifications dans le remplacement des absences. Remarque 15 : La procédure de continuité du service équipe de jour/équipe de nuit ne souligne pas suffisamment la priorisation de la concordance de la qualification, des compétences et du diplôme entre le remplaçant et le remplacé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.14. Les plannings des professionnels		<u>Analyse des plannings</u> Les plannings sont datés, montrent les affectations aux différentes unités et le temps travaillé pour chaque professionnel. Ils présentent également les motifs d'absence. L'ensemble des plannings envoyés montre les modifications faites au stylo directement sur les documents. Le jour de l'inspection, ces plannings comportaient également des inscriptions, ce qui en complexifie grandement la compréhension. Remarque 16 : Les modifications sur les plannings ne sont pas suffisamment lisibles. Après analyse des plannings, aucun [REDACTED]. Des noms étaient écrits ci-dessous mais n'ont pas été retrouvés (sur les RUP ; tableau des effectifs). De même l'analyse des plannings démontre qu'il n'y a [REDACTED]. Notamment du [REDACTED], un risque dans la prise en charge en soins existe pour les usagers. Écart 8 : L'absence d'IDE le jour (par exemple sur 3 jours consécutifs, du 28 au 30 mars 2025) représente un risque important pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. Écart 9 : L'absence simultanée d'IDE et d'AS la nuit (par exemple le 5 mars 2025) représente un risque pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF¹¹. Le 4 et le 7 mars 2025 (en semaine) l'établissement ne disposait [REDACTED] Remarque 17 : L'absence de kinésithérapeute/ostéopathe sur deux jours en une semaine altère la qualité de la prise en charge. Les tableaux de roulement fournis par l'établissement indiquent que les roulements sont majoritairement sur du [REDACTED] avec des périodes de repos qui ne sont pas fixes. Certains IDE sont en [REDACTED].

¹¹ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.15. <u>Les fiches de poste des professionnels</u>		Tous les professionnels ont des fiches de poste, paraphées, à l'exception de la [REDACTED] (formation certifiante de [REDACTED] garante du bien être des résidents, du rangement des chambres, des protocoles petit déjeuner). Les fiches de poste adressées à la mission ont été étudiées. Elles sont relativement exhaustives car elles exposent l'intitulé de la fonction, le lien hiérarchique, le lien technique, les missions, les tâches ponctuelles, les compétences attendues, il est noté que les AMP peuvent aider à distribuer les médicaments interrogent la mission. La mission rappelle que ce n'est pas conforme à la réglementation et que cela doit rester dérogatoire en cas d'absence mais pas en organisation standard. Le personnel de nuit hors IDE n'a pas de fiche de poste. Remarque 18 : L'ensemble des professionnels ne dispose pas de fiche de poste formalisée.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.16. <u>Les glissements de tâches</u> Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?	Oui	Voire partie sur les diplômes ci-dessus. Il a été tout d'abord communiqué lors des entretiens que la distribution et la préparation des médicaments ne se font que par les IDE ; l'administration se fait par [REDACTED] qui peut accompagner au repas, les [REDACTED] peuvent administrer au bout d'un certain temps. Le [REDACTED] ne peut être donné que par les IDE (source : entretiens). Toutefois, il a été admis qu'il existe des glissements de tâches entre un [REDACTED] dans la préparation des médicaments avec l'accord de la direction (entretiens), même si cela reste très rare. Le cadre en question n'a pas de [REDACTED]. Écart 10 : Un cadre socio-éducatif a déjà participé à la préparation des médicaments, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP¹². Pour pouvoir administrer un médicament lors de l'organisation d'une sortie, une personne est formée à l'administration du médicament avec hydratation par l'IDE. La pharmacie fournit des médicaments (source : entretiens). Sur la fiche heurée des [REDACTED] de jour, il est écrit : « Les médicaments sont distribués par l'infirmier(ère). Les [REDACTED] diplômés peuvent, à la demande de l'infirmier(ère), aider les résidents à la prise de leurs médicaments, voire les distribuer en cas d'absence du personnel infirmier ». Il n'est pas précisé quels médicaments ne peuvent pas être

¹² Article R4311-7 du CSP : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou d'une prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			administrés par les ■■■, par exemple les médicaments stupéfiants. Par ailleurs, le fait que les ■■■ puissent distribuer les médicaments représentent un risque pour les résidents.
			Écart 11 : En ne précisant pas quels médicaments à risque ne peuvent pas être administrés par les AS et en les autorisant à distribuer des médicaments en l'absence d'IDE (fiche de tâche AS journeurée), l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. ¹³

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.1. <u>Protection des données à caractère nominatif</u>		Il a été précisé à la mission d'inspection que l'accès aux dossiers des résidents est différent entre les paramédicaux, le médecin, le cadre, la direction. Les accès informatiques sont nominatifs et autorisés selon les fonctions. L'équipe éducative peut également avoir accès aux données de santé avec l'accord du médecin. L'ensemble des professionnels ne peut toutefois pas lire les notes personnelles produites par le médecin.
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u>	Oui	Le registre unique du personnel est actualisé au 10 avril 2025, jour de l'inspection.
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u>	Non	Il n'est pas tenu au sein de la MAS, un registre papier des entrées et des sorties. Pour autant, l'établissement tient un tableau de suivi informatisé annuel des mouvements (entrées et sorties).

¹³ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Ce document est sécurisé avec un double code. Au titre de l'année 2024, sont recensées deux entrées et une sortie. Le jour de l'inspection, aucune entrée et sortie ne sont comptabilisées. Écart 12 : L'absence de registre des entrées et sorties des usagers coté et paraphé contrevient aux obligations mentionnées aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.¹⁴
2.3. Gestion d'information	2.2.4. <u>Le registre des présences quotidiennes</u>	Oui	La MAS tient un tableau de suivi informatisé répertoriant la présence quotidienne des usagers, ce pour la facturation auprès des parents et de la CPAM (à la journée). Le jour de l'inspection, 10 usagers à titre permanent et 45 usagers alternants (dont un alternant à titre dérogatoire) sont pris en charge. Ce document de suivi est sécurisé et établi par unité de vie.
	2.2.5. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u>	Oui	Un dossier administratif papier, avec les pièces essentielles (fiche de renseignements administratifs ; demande d'admission avec différents bilans ; règlement de fonctionnement signé ; contrat de séjour signé ; notification MDPH ; fiche de renseignement médical ; renouvellement AAH ; désignation représentant légal ; diverses autorisations ; ...) est tenu à jour pour chaque usager. Ces dossiers sont localisés au niveau du secrétariat d'accueil, dans une armoire fermée à clé. En parallèle, co-existent des dossiers informatisés plus complets. A terme, ne devraient subsister que les dossiers informatisés, contenant entre autres le projet personnalisé d'accompagnement (objectif : PPA 100% dématérialisé).
2.3. Gestion d'information	2.2.6. <u>Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</u>		Les dossiers médicaux des usagers sont stockés dans une armoire sécurisée au sein de l'infirmierie.

¹⁴ Article L331-2 du CASF : « Il est tenu dans tout établissement un registre, coté et paraphé dans les conditions fixées par voie réglementaire, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre est tenu en permanence à la disposition des autorités judiciaires et administratives compétentes. ... »

Article R331-5 du CASF : « Le registre prévu à l'article L. 331-2 est coté et paraphé par le maire. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<u>Document 1.</u> Stockage des dossiers médicaux (10/04/25) 
	Tenue du dossier médical :		La retranscription des ordonnances des médecins traitants est uniquement réalisée par le médecin et l'accès informatique est réservé aux IDE qui possèdent un code nominatif. Les ordonnances sont bien tenues à jour. On y retrouve l'ensemble des données concernant le résident.
	2.2.7. <u>Le dossier de soins</u>		
			Le dossier de soins est pour une partie informatisé et pour une autre sur papier. Le dossier paramédical est bien rempli. Tous les professionnels de santé l'utilisent avec un code nominatif et des accès différenciés en fonction de la catégorie professionnelle. Les droits d'accès sont donnés selon le respect d'une charte.
2.3. Gestion d'information	2.2.8. <u>Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
		Non	Il n'y a pas d'intervenants extérieurs à la structure qui participent à la prise en soins quotidienne des résidents.

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u>		La mission a constaté que les bâtiments étaient entretenus. La terrasse était également propre.  Toutefois le pointage journalier du personnel de nettoyage n'est pas systématique.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?	Oui	L'accès aux escaliers est sécurisé. Toutefois, certaines pièces montrent que les plafonds ont des moisissures très prononcées, ce qui représente un risque direct pour la santé des résidents ayant des allergies, des problèmes respiratoires. 

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 13 : Au moins une salle de l'établissement montre des signes de dégât des eaux, ce qui représente un risque pour la santé des usagers. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.¹⁵
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u>	Oui	Les techniciens disposent de registre de réparation. Ils s'assurent des maintenances, de l'entretien des balnéothérapies, des rails et lève-personnes.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>L'accessibilité PMR des locaux</u>		Les locaux sont conformes pour les PMR en matière de circulations horizontale et verticale. Les locaux sont très spacieux, les fauteuils peuvent facilement circuler. Les sanitaires ne facilitent pas toujours l'accès des fauteuils (le dessous des WC descend jusqu'au sol).

¹⁵ Article L311-3 du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			 Remarque 19 : Les sanitaires ne facilitent pas toujours l'accès des WC (dessous des WC descendant jusqu'au sol).

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Les salles d'activités sont spacieuses et accueillantes. Les espaces de vie peuvent être transformés en salles d'activités. Les professionnels sont satisfaits du nombre et de l'organisation des salles d'activités.
	2.4.2. Les chambres		
			Les chambres observées de l'extérieur et une de l'intérieur comportaient des effets personnels. Elles étaient en bon état. Certaines chambres ne peuvent pas être personnalisées, en raison d'une rotation des usagers.
	Sanitaires et salles de bain individuels		Les sanitaires et salles de bains individuels observés étaient dans un état satisfaisant.
	Sanitaires et salles de bain communs		Les salles de bain communes étaient en bon état. En revanche, certains sanitaires communs ne sont pas suffisamment entretenus. 

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 14 : Certains sanitaires communs ne sont pas suffisamment entretenus, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.
	Système d'appel malade :		Compte tenu du profil des résidents, un système d'appel malade n'a pas pu être mis en place. Pour pallier ce problème, des rondes sont organisées toutes les heures au cours de la nuit (source : entretiens). Par ailleurs, toutes les chambres sont sous vidéosurveillance sauf lorsque les proches s'y opposent. En effet, depuis 2024, des caméras ne fonctionnent que si les parents ont donné leur accord et sur les temps de nuit, les images sont enregistrées et conservées 72 heures, et au-delà de cette durée, effacées). L'utilisation est cadrée. Le but est de renforcer la surveillance (centralisée dans une pièce avec un écran géant) ; les caméras ne se substituent pas aux rondes de nuit. Elles garantissent la sécurité des usagers (éviter les risques de fausse route ; jeunes adultes pouvant faire des crises d'épilepsie ; usagers souffrant d'apnée ; usagers ayant une sonde de gastrostomie). Lors des soins, les caméras sont occultées.  Il a été précisé à la mission que ces caméras étaient actives sur les temps de nuit. Dans le questionnaire relatif à la vidéosurveillance remis aux usagers et aux tuteurs, il est indiqué, outre le temps de nuit, « qu'elles pouvaient être utilisées en journée, en cas de repos dans les chambres ».

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Il est constaté sur la photo prise le 10 avril à 15h32, que les caméras fonctionnent en journée pour certaines chambres et alors même qu'aucun usager ne se repose dans sa chambre. Écart 15 : L'établissement ne respecte pas les règles prises en matière de vidéosurveillance (à savoir des caméras actives que sur les temps de nuit), ce qui va à l'encontre des dispositions de l'article L.311-3 (1°) du CASF.¹⁶ en ne respectant pas le droit à la vie privée et à l'intimité des résidents.
	Accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie		La mission confirme par l'étude des différents documents et les entretiens, que les usagers sont répartis au sein d'unités.
	Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ;		Le jour de l'inspection, une chambre observée était une chambre double (il y en a 6 au total). Il a été communiqué à la mission que lorsque des soins, des changes sont opérés, un paravent est installé entre les lits. Il a été rapporté à la mission que certains usagers souhaitent être dans des chambres doubles, (la plupart des usagers qui sont dans ces chambres ont eu l'habitude chez eux de dormir avec leur frère ou sœur). Deux salles de change sont également à disposition des usagers pour qu'ils puissent avoir un peu d'intimité, si besoin.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. <u>La circulation dans les locaux</u>		Les ouvertures principales sont sécurisées et les couloirs sont spacieux.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.4. <u>La salle d'apaisement</u>		Il n'y a pas de salle de répit/d'apaisement ; l'établissement ne prend pas en charge des usagers ayant un trouble du spectre de l'autisme.

¹⁶ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS 2.5. Sécurités	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. <u>Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)</u>		Il existe un DUERP ; celui-ci a été approuvé par le CSE le 4 juillet 2024 et transmis à la médecine du travail le 30 septembre 2024.
	2.5.2. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u>		Il n'a pas été relevé de manquement à la réglementation dans l'établissement concernant les DASRI : - Une convention est bien signée des 2 parties avec la société d'enlèvement datée du [REDACTED] ; - Un local est dédié au sous-sol pour les DASRI pleins à enlever ; - Le stock de réserve est quant à lui dans la salle de kinésithérapie respiratoire bien rangé ; - Le marquage des containers est conforme à la réglementation ; - Les containers sont bien identifiés (le marquage comporte les noms de la structure et de l'unité ; les dates d'ouverture et de fermeture).
	2.5.3. <u>Les vaccinations des usagers</u>		La mission n'a pas été en mesure de connaître le taux de vaccination du personnel car celui-ci est suivi par la médecine du travail à l'extérieur de l'établissement et les données n'ont donc pas pu être communiquées à l'équipe d'inspection. <u>Concernant les usagers</u> : sur 44 places d'alternant (existant depuis 2022) + 10 places d'internat permanent, seuls [REDACTED] sont vaccinés contre la grippe sur la saison 2024 (soit [REDACTED] et [REDACTED] contre la COVID (soit [REDACTED]). La traçabilité et le recueil de l'accord des représentants légaux est bien effective.
	Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle		
	Inscription des vaccins administrés dans le carnet de santé		
2.5. Sécurités	Recueil de l'accord des responsables légaux tracé		
	2.5.4. <u>L'aide à la prévention des chutes</u>	Oui	Des rails sont présents partout dans l'établissement pour faciliter et sécuriser les mobilisations des usagers : chambres ; salles de bain ; tous les lieux de prise en soins, de lieu de vie, ainsi que les espaces réservés à des ateliers. L'établissement n'a pas transmis de bilan des chutes prétextant que celles-ci étaient très rares du fait d'un public principalement non déambulant.

Sous-thème IGAS 2.5. Sécurité	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.5.5. <u>La prévention des fugues</u>		L'établissement n'est pas équipé d'un système anti-fugues. Les personnes accueillies (public principalement non marchant) ne peuvent sortir seules.
2.5. Sécurité	2.5.6. <u>PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</u>		Le dernier PV de la commission de sécurité incendie date du [REDACTED]. Aucun risque grave n'avait été mis en avant.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>L'admission</u> Politique d'admission :	Oui	L'établissement dispose d'une procédure d'admission formalisée. Il utilise le dossier unique d'admission usager. Plusieurs canaux sont utilisés pour l'envoi des dossiers : ils sont adressés par les parents ou les assistantes sociales, par mail, par courrier et Via Trajectoire. Les dossiers reçus sont étudiés par la directrice. En cas d'avis favorable, une visite de préadmission est proposée et celle-ci se déroule en présence des parents, de la personne accompagnée, du psychologue et d'un professionnel (AS ; AES). En cas d'approbation des parents, un courrier d'accord leur est adressé portant inscription sur liste d'attente. L'admission sera effective lorsqu'une place se sera libérée. Les dossiers sont traités par ordre prioritaire et par urgence. Une liste d'attente est établie annuellement. Au jour de l'inspection, 15 demandes en externat et en internat y figurent. Une commission réunissant le médecin, le psychologue, les cadres et la secrétaire de l'association prononce les admissions. Les personnes admises en alternance doivent être âgées de 18 à 30 ans au moment de leur admission et résider à proximité de la ville de Poissy pour conserver des temps de transport raisonnables. Aucun critère d'âge ou d'éloignement géographique n'est retenu pour le mode internat permanent. Pour les admissions, l'établissement a recours au logiciel [REDACTED]. Il a le projet que les familles y aient accès. Sont remis lors de l'admission, le contrat de séjour, le projet d'établissement, le livret d'accueil de l'usager, la charte des droits et des libertés ainsi que l'annexe charte bientraitance.

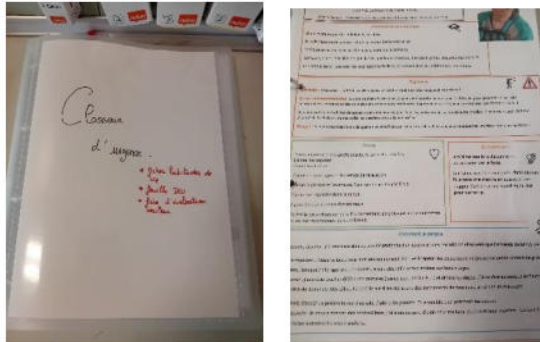
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			sein de la structure (formalités administratives ; admission ; unités de vie ; séjour ; transmission des informations ; participation à la vie). Le livret d'accueil comprend également plusieurs annexes, dont la composition du CVS ; la charte des droits et libertés de la personne accueillie (annexe 4) ; le recours à la personne qualifiée. Le règlement de fonctionnement est remis avec le livret d'accueil, lors de l'admission.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. <u>Les médecins traitants</u>	Non	Selon l'entretien avec le médecin, plus de la moitié des usagers n'ont pas de médecin traitant. Le médecin pallie le manque d'accessibilité des personnes en situation de handicap aux médecins traitants. Elle est d'ailleurs le médecin traitant de trois d'entre eux. L'établissement n'a pas été en mesure de fournir une liste de médecins traitants par usager ; l'information est renseignée dans le Dossier Unique Informatisé pour ceux qui en ont un.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.6. <u>Les transmissions inter équipes</u>		Point traité au niveau de la dispensation des soins.
	3.1.7. <u>Relations avec la MDPH</u>		
			La directrice de la MAS a peu de relations avec la MDPH. La MDPH de son côté, indique que les relations avec l'établissement sont fluides. La directrice participe également à la commission de répartition des situations prioritaires (CORESP) qui se réunit une fois par an. Cette réunion rassemble tous les directrices et directeurs de MAS pour présenter les situations de personnes sans solution.

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. <u>Les outils d'évaluation</u>		Il ressort de l'entretien mené avec le psychologue, qu'il ne peut être répondu à tous les besoins des usagers, car ceux-ci n'ont pas accès à la parole (déficience intellectuelle sévère). Il est en revanche répondu aux besoins qui peuvent être saisis. Les professionnels sont toujours dans l'interprétation. Le seul outil-échelle existant, « soit-disant dédié et adapté », mais qui en fait ne l'est pas, est l'évaluation cognitive polyhandicap (source entretien).
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.2. <u>Les Projets personnalisés d'accompagnement (PPA) :</u>	Oui	L'élaboration et le suivi des projets personnalisés d'accompagnement (PPA) font l'objet d'une procédure en date du 12 mai 2022. Chaque usager a un PPA élaboré dans les six mois suivant l'admission, avec des bilans de l'ergothérapeute, du kinésithérapeute et du psychomotricien. Le PPA est signé et validé par la directrice, l'usager / représentant légal et le référent. Ceux communiqués contiennent des informations sur l'ouverture relationnelle/ communication/ expression des envies et émotions, ainsi que sur la vie quotidienne / santé / prises en charge spécifiques. Les PPA sont informatisés. La réunion projet est animée une fois par an par l'une ou l'autre cheffe de service, avec l'ensemble des professionnels. Les PPA sont actualisés au moins une fois par an ; un point tous les six mois n'étant pas réalisable. Des questionnaires relatifs au projet personnalisé d'accompagnement (PPA) sont adressés aux familles des jeunes accueillis (cas entre les années 2023 et 2025), avec le souci d'associer davantage chaque jeune à son projet de vie. Chaque usager a un référent qui est ou éducateur spécialisé, ou auxiliaire de vie ou aide-soignant. Les familles sont associées à l'élaboration du PPA. Elles participent à la réunion projet annuelle , en présence de tous les professionnels. Une réunion de synthèse se déroule une fois par an, après la réunion projet. Elle réunit les cadres, le référent de l'unité, l'adulte et le tuteur , lequel la plupart du temps (98%) est un parent. Des échanges ont lieu avec la famille.

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>		
		Oui	La mission a reçu la procédure relative aux personnes qualifiées, qui est affichée au sein de l'établissement. Le nom de la personne figurant sur la liste des personnes qualifiées et à solliciter, y est inscrit.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. <u>La personne de confiance des usagers</u>		
		Oui	Le projet d'établissement prévoit la possibilité de désigner une personne de confiance dans l'entourage du jeune adulte/ adulte pour être accompagné tout au long des soins. Pour autant, il a été indiqué, lors de l'entretien avec le psychologue, de la difficulté pour l'établissement d'aborder ce sujet. L'utilisateur ne peut désigner la personne de confiance. Le tuteur/parent n'est pas l'utilisateur. Remarque 20 : L'établissement ne produit pas d'attestation traçant le refus ou précisant les motifs de non-désignation d'une personne de confiance.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.3. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u>		
			L'identitovigilance ne repose que sur le prénom apposé sur les boîtes de traitement des usagers ; il n'y a pas leur photo. Une photo est présente uniquement sur les fiches de renseignements créées pour les éventuels transferts, consultations extérieures, sorties ou soignants intérimaires.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 16 : L'absence d'identité complète (nom et prénom) ainsi que de la photographie de l'usager contrevient à l'article L311-3(1°) du CASF ¹⁷sur leur sécurité. Document 2. Classeur "d'urgence" (10/04/25)  Document 3. Pilulier des usagers dans la pharmacie du 1er étage (10/04/25) 

¹⁷ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.4. <u>Les mesures de protection des biens</u>		
			Le règlement de fonctionnement mentionne l'existence d'un coffre-fort pour objets, valeurs et bijoux des usagers, mais il n'a pas été observé sur place. La mission a pu constater des casiers dans une salle non fermée. Des vols d'affaires ont déjà eu lieu au sein de ces casiers. Remarque 21 : L'établissement ne dispose pas de coffre sécurisé pour les biens personnels des usagers.

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>	Oui	Les familles sont rencontrées au moins une fois par an lors des réunions de synthèse. Elles sont conviées lors des événements festifs (source entretiens). L'établissement assure une communication régulière avec les familles ; un cahier de liaison quotidien a été mis en place. L'assemblée générale du mois de juin implique les familles (une dizaine de personnes se déplace) ; les groupes de paroles sont organisés une fois tous les deux mois ; une rencontre avec les familles est proposée tous les deux mois (source entretiens). La salle de réunion ou le bureau des cadres permet également d'accueillir des familles. Il existe une chambre des familles avec un canapé lit, utilisée quand un enfant est sur le point de mourir ou pour les familles qui viennent de loin (chambre observée par la mission).
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. <u>Organisation de sortie extérieure</u>		Des sorties le week-end sont organisées par l'établissement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Toutes les personnes de l'internat ont la possibilité d'avoir au moins une sortie le week-end, préparée par les ES et ME (base de loisirs ; parcs ; châteaux ; zoo ; bowling adapté ; patinoire adaptée ; handihockey ; handijudo). Six sorties théâtres sont proposées par an. Une fois par an, les résidents vont également au center Park, ou au festival du cerf-volant. L'établissement souhaiterait organiser plus de sorties, mais réalisation compliquée d'un point de vue budgétaire (Source : entretiens). Les comptes-rendus de week-ends adressés à la mission attestent de la diversité des sorties.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>		Des ateliers vie affective et sexuelle sont organisés séparément pour un groupe d'homme et de femme permettant de répondre à des questions telles que : « qu'est-ce qu'être adulte ? », « qu'est-ce qu'un homme, une femme ? ». Deux ateliers par semaine sont organisés sur les unités (entretiens). Le protocole fourni donne des indications sur les thématiques des réunions et précise qu'une réunion par semaine concerne les hommes et une réunion par semaine concerne les femmes. Si certains plannings confirment que ces ateliers ont bien lieu dans certaines unités, le planning de l'unité orange du 7 au 11 avril ne fait pas référence à ces ateliers. Certains tuteurs légaux refusent l'inscription aux ateliers sur la vie affective et sexuelle, mais cette situation reste très rare. Remarque 22 : Le planning de la semaine du 7 avril au 11 avril unité orange ne fait pas référence à la mise en place d'un atelier vie relationnelle, affective, sexuelle... alors que l'établissement indique que cet atelier est hebdomadaire pour chaque unité.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u>	Oui	Des conventions sont en cours avec des transporteurs (transmission de celle conclue [REDACTED] Avant, existaient [REDACTED] circuits qui ne changeaient jamais ; avec l'explosion des prix, il ne peut

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.2. <u>Les activités</u>		désormais être réalisé que ■ circuits (■) ; les temps de transport sont plus longs. Les transports peuvent accueillir jusqu'à 6 personnes ; 34 personnes sont à transporter chaque semaine. Cf ci-dessus. Par ailleurs, les plannings d'activités et les documents relatifs aux comités des fêtes démontrent que l'établissement a à cœur de proposer diverses activités : percussions, activité manuelle, équithérapie, piscine, musicothérapie...

3.6. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.1. <u>Les régimes, textures</u>	Oui	Les régimes alimentaires et les textures modifiées ont été prescrits avant l'arrivée du médecin actuellement présent (■) ; le précédent étant parti à la retraite en (■). Si nécessaire, ils sont réajustés après éléments d'informations de l'équipe soignante en charge de l'usager. L'établissement a transmis un document (actualisé en février 2025) listant l'ensemble de ces régimes et textures, celui-ci est transmis aux cuisines et affiché sur les sets de table des usagers
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.2. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u>		
	Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (Exemple : Test du verre d'eau)	Oui	L'établissement ne compte pas d'orthophoniste. L'ostéopathe se charge donc des bilans de déglutition. Les risques de fausse route sont repérés dès l'admission de l'usager et réactualisés sur information du personnel accompagnant ou de la famille.
	Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	Non	En revanche, aucun document n'a été retrouvé ou transmis permettant de confirmer que les professionnels ont été formés à la détection des fausses routes, ni aux gestes et soins d'urgence

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 23 : Les personnels ne sont formés ni à la détection des fausses routes, ni aux gestes et soins d'urgence.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.3. Le suivi de l'état nutritionnel Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ? Y a-t-il un suivi de l'état nutritionnel (poids, IMC) ?	Partiellement Oui	Aucune enquête de satisfaction n'est réalisée sur l'alimentation à proprement parler. Une plateforme de pesée permettant de peser un usager dans ou hors d'un fauteuil se trouve à l'étage dans une pièce d'activité. L'ensemble des résidents est pesé mensuellement mais n'est retrouvé que le poids dans le tableau de suivi et pas d'autre indicateur de l'état nutritionnel comme l'IMC. Il n'a pas été apporté de précision à l'équipe d'inspection sur les actions mises en place en cas de nécessité. Des commissions des menus sont mises en place trimestriellement. Le compte-rendu transmis par l'inspecté en date du 09/01/2025 précise les actions mises en place dans le cadre de l'amélioration de la qualité des menus. Deux diététiciennes travaillent pour la MAS: une s'occupe de l'élaboration des menus en lien avec la restauration ■■■ ; l'autre, principale, des alimentations entérales des usagers.

3.7. La dispensation des soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.7.1. L'organisation des soins		
	1.1.1.1. L'organisation des soins définie par le PE		
			Il n'existe pas de projet de soins en tant que tel car il est pour chaque usager, intégré dans les PPA (un chapitre entier leur est consacré dans le projet d'établissement). Les projets de soins sont révisés chaque année et le médecin reçoit les familles en amont de cette réactualisation. Le projet d'établissement 2022-2026 répond aux exigences requises par l'article L311-8 du CASF et il précise entre autres l'organisation de la coordination des soins.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Il est fait mention dans un chapitre consacré (intitulé "principes de l'accompagnement") à l'organisation d'une journée type, à la répartition sur 5 unités des usagers en prenant en compte leurs besoins, aux locaux (internat au 1er étage où les usagers se trouvent dans leur chambre de 16h30 à 10h le lendemain matin) et aux soins dispensés qu'ils soient éducatifs, thérapeutiques, préventifs, personnalisés ou collectifs.
	1.1.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante		
			Un médecin chargé de la coordination médicale et soignante est présent à [REDACTED] [REDACTED] Il coordonne la prise en charge médico-soignante notamment par sa présence au quotidien au plus proche de l'équipe soignante et en organisant des réunions pluridisciplinaires régulières. L'inspecté a transmis les comptes-rendus des réunions qui se sont tenues courant de l'année 2024 et au début de l'année 2025. Il n'y a pas d'astreinte médicale formalisée. La structure bénéficie d'un ensemble de compétences soignante et éducative avec différentes catégories professionnelles : IDE, AS, AMP, ME, ES, psychologue, ostéopathe, masseur-kiné, diététicienne, ergothérapeute, psychomotricien, éducateur sportif.
	La coordination médicale est-elle effective		Oui
	Continuité pendant les congés et absences du MedCo		Il n'existe aucun relai durant les congés et/ou absences du médecin. Remarque 24 : Il n'est pas prévu de relai en cas d'absence du médecin.
	Est-il établi un rapport d'activité médical annuel ? conclusion et plan d'amélioration ?		Sachant que le médecin actuellement en poste est arrivé en [REDACTED] soit moins d'un an au jour de l'inspection, il n'a pas encore été réalisé de RAMA. L'antériorité n'a pas été demandé par la mission.
	Si un médecin référent est présent, quelles sont les modalités des relations professionnelles avec les équipes soignantes (réunions pluridisciplinaires) ? (compte rendu)		Le médecin reste présent auprès des équipes soignantes durant la totalité de son temps de travail, à leur écoute et à celle des usagers. La communication et la concertation sur tous les sujets sont très fluides.
	1.1.1.3. Cadre IDE		
			L'établissement compte deux cheffes de service (éducatrices toutes les deux de formation initiale) : l'une coordonne l'équipe éducative et l'autre coordonne l'équipe paramédicale. Elles sont accompagnées par un psychologue et le médecin.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Elles gèrent les plannings et animent la coordination des équipes soignantes.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.2. <u>Plannings et continuité des soins</u> En journée, les plannings des professionnels intervenant dans les soins présentent-ils un chevauchement permettant une continuité des soins ? De nuit, y-a-t-il des procédures et/ou des astreintes pour assurer la prise en charge en soins en continu ? 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 ?	Oui Non	En référence <i>aux maquettes organisationnelles</i> fournies par l'inspecté des roulements de présence des soignants sur plusieurs semaines, est noté : <i>Concernant le jour</i> : la présence entre [REDACTED], une ou deux en [REDACTED] et une ou deux en [REDACTED] ceci du lundi au vendredi. [REDACTED] IDE le samedi (une en 12h et 1 en 7h) et 1 [REDACTED] le dimanche. <i>Concernant la nuit</i> : présence d'un binôme [REDACTED] et le vendredi [REDACTED] IDE et [REDACTED] AS. Dans la réalité, il est primordial de souligner que les soucis d'absentéisme empêchent d'honorer ces maquettes organisationnelles. Ce constat est aisément observable sur les plannings réalisés transmis par l'inspecté. De manière plus générale et plus fréquente, on retrouve la présence de [REDACTED] IDE de jour ([REDACTED] en [REDACTED] et l'autre en [REDACTED]) et seulement [REDACTED] Cette situation toutefois ne contrevient pas à la sécurité des soins. Les plannings sont affichés dans l'infirmerie. Comme déjà signifié précédemment, il n'y pas d'astreinte médicale. L'établissement recrute des AS, des AMP, des moniteurs éducateurs et des éducateurs spécialisés pour accompagner les usagers dans leur quotidien (répartis en 5 unités). La continuité des soins est bien assurée sur 24h et 7j/7 selon les maquettes organisationnelles transmises par l'inspecté. Cette organisation permet d'assurer non seulement la continuité des soins mais leur qualité et sécurité Toutefois l'établissement fait face à un taux d'absentéisme très important et en constante augmentation depuis 2022 qui l'oblige à avoir recours aux vacances et à l'intérim. Le total en heures sur l'année 2024 correspond à [REDACTED]. Remarque 25 : Le taux d'absentéisme ne cesse d'augmenter au fil des années et compromet la sécurité des soins et la qualité de prise en charge des usagers de la structure.
	Délégations par les IDE		Il n'existe pas de protocole de délégation par les IDE.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 17 : Il n'existe pas de protocole de délégation formalisée par les IDE concernant la dispensation des traitements par les AS et AMP, ce qui contrevient aux articles R4311-4 , R4311-5 et R4311-7 du CSP. ¹⁸ et L313-26 du CASF.
	Organisation pour les transmissions quotidiennes ?		Au jour de l'inspection, les seules transmissions inter-équipes existantes sont les suivantes : -celles entre l'équipe IDE et l'équipe éducative (pour celle dont les horaires sont de 14h à 21h) qui ont lieu à 16h30 tous les jours de la semaine ; -celles, très brèves, entre l'équipe IDE de jour en 12h et l'équipe de nuit, le soir à leur arrivée. Il est prévu que débutent des transmissions orales entre les équipes du matin et celles de la nuit qui n'existent pas au jour de l'inspection, afin d'éviter le risque de perte d'informations dans la continuité des soins. Le recours aux vacataires et intérimaires a obligé à mettre en place des supports de transmissions tels que les classeurs de fiches d'habitudes de vie et autres informations par usagers, un cahier avec les informations importantes. Sur le dossier usager informatisé, l'usage des transmissions ciblées est effectif. Remarque 26 : Les transmissions ne sont pas organisées à chaque changement d'équipe, ce qui compromet la continuité et la sécurité des soins des usagers.

¹⁸ Article R4311-4 du CSP : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer 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 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. »

Article R4311-5 du CSP : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : ... »

Article R4311-7 du CSP : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou d'une prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : ... »

Article L313-26 du CASF : « Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, 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.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise ».

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			en charge complexes) ainsi que les familles (très présentes ; groupe de paroles avec 8 à 11 personnes, un jeudi par mois ; projet d'ouvrir un second groupe).
			Lors de l'entretien avec le psychologue, il a été précisé que tous les usagers avaient besoin d'un suivi psychologique, mais ils n'en bénéficient pas tous. Remarque 27 : Tous les usagers ne bénéficient pas d'un suivi psychologique.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.5. L'infirmierie Une infirmerie, distincte du cabinet médical est-elle présente dans la structure ?	Oui	On retrouve une infirmerie au rez-de-chaussée dont l'accès est sécurisé par un digicode et un poste de soins au 1er étage également sécurisé. L'état de propreté et de rangement apparents de ces locaux est tout à fait satisfaisant. Lorsqu'il y a la présence d'un soignant, la porte n'est pas fermée pour permettre l'accès si besoin des usagers. Document 4. Sécurisation infirmerie RDC et 1er étage (10/04/25)  
	L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?	Oui	Lors de la visite d'inspection, l'accès au stock de médicaments n'était pas fermé bien qu'il y ait une serrure à clé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 18 : L'absence de sécurisation de l'accès aux traitements médicamenteux contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.¹⁹ Document 5. Réserve traitements médicamenteux (10/04/25) 
	Lave main avec robinet et savons commandés au coude		Les commandes sont manuelles.
	Chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements.		Oui et depuis peu il a été mis en place un chariot dédié à l'usage de l'HAD palliative.
	Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique)		Oui
	Poste informatique relié au réseau avec imprimante		Il existe un poste informatique dans l'infirmierie du rez-de-chaussée relié à une imprimante qui se situe au niveau du secrétariat et également dans celle du 1er étage.
	Réfrigérateur avec thermomètre (température tracée)		Le réfrigérateur présent dans l'infirmierie au rez-de-chaussée a une température adaptée au jour de l'inspection mais celle-ci n'est pas tracée. Concernant celui du 1er étage, la traçabilité de la température est très aléatoire.
	Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmierie ? Armoire contenant les médicaments hors PDA, sécurisation		Oui, mais non sécurisée au jour de l'inspection.
	Dotation pour soins urgents		Il n'existe pas de dotation pour soins urgents selon les dires de l'équipe soignante.
	Trousse ou chariot d'urgence : Un ou plusieurs		Un chariot d'urgence est présent au rez-de-chaussée dans l'infirmierie et 1 sac à dos incomplet au 1er étage.

¹⁹ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Accessibilité le jour Accessibilité la nuit		
	Armoire de stockage des piluliers hebdomadaires (livrés conditionnés sous blister)		Oui dans les 2 infirmeries du rez-de-chaussée et du 1er étage
	Coffre toxique et moyens de sécurisation		Présence d'un coffre à toxiques dans chaque infirmerie fermée à clé.
	Chariot médicament		Non
	Matériel d'aspiration		Une salle dédiée à la kiné respiratoire avec matériel d'aspiration.
	DAE : où ?		Il est situé à l'entrée de la MAS dans le hall d'accueil.
	Extracteur O2		Oui 3 extracteurs O2 : 1 portatif et 2 fixes
	Poubelle et container DASRI		Oui
	Trombinoscope des résidents.		Oui
	Tableau de programmation des soins.		Oui dans les infirmeries.
	Matériels de pesée – Balance debout – Chaise – Plateforme – Peson		Pièce dédiée au 1er étage avec plateforme.
	Tableau mural des retours des appels malades : ou le report des appels est fait directement vers les DECT des soignants.		Il n'y a pas d'appel malade mais des caméras dans les chambres qui sont actives, qu'avec l'accord des parents, et fonctionnant en principe uniquement la nuit. Elles sont masquées lors de la toilette par un cache.
	Consignes AES		Non retrouvées dans les postes de soin le jour de l'inspection. Remarque 28 : Les consignes lors d'un AES ne sont pas affichées dans le poste de soins, ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.6. <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 ?	Oui	La structure recense une équipe de rééducation pluridisciplinaire composée de professionnels en CDI présents du lundi au vendredi. Sa composition regroupe psychomotriciens, ergothérapeutes, masseurs-kinés, ostéopathe. Pour exercer la prise en charge rééducative des résidents, l'équipe dispose : D'une salle de kinésithérapie et ostéopathie, Une piscine pour la balnéothérapie,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	La salle de rééducation est-elle adaptée aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents accueillis, 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 Oui Oui	Plusieurs salles d'activités par groupe d'utilisateurs.
	Organisation pour l'adaptation de l'appareillage		Des réunions de concertation concernant l'adaptation des appareillages des utilisateurs sont réalisées et les CR ont été transmis par l'inspecteur.
	Equipements des chambres favorisant l'autonomie et interventions de l'équipe soignante pour l'adaptation continue		Cf. Sécurité Point 2.5.4
3.8 Champ thérapeutique	3.7.7. <u>Gestion des urgences médicales</u>		Il existe plusieurs protocoles pour les urgences médicales mais aucune astreinte médicale. Il n'existe pas de procédure "urgence vitale" car le médecin n'en voit pas la nécessité sachant qu'il y a des procédures pour les différentes situations d'urgences (listées dans un livret disponible au sein des infirmeries) comme: épilepsie (à ce titre dans la pharmacie il y a une trousse avec tout le nécessaire en cas de crise d'épilepsie qui suit l'utilisateur si sortie extérieure), détresse respiratoire, les 24 fiches ARS et une "procédure d'urgence", validée et signée par la directrice actuelle et l'ancien médecin mais non datée, affichée dans les postes de soins. <u>Document 6.</u> Affichage dans l'infirmerie (10/04/1972) Tout le matériel nécessaire à la prise en charge d'une urgence est présent dans les 2 infirmeries.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	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 ?	Partiellement	Les professionnels de santé sont formés aux gestes et soins d'urgence mais non réactualisés (date en attente selon les entretiens). L'inspecté n'a pas fourni les attestations des formations FGSU. Remarque 29 : Les professionnels de santé concernés n'ont pas été recyclés à la formation concernant les gestes et soins d'urgence aux usagers, ce qui compromet leur prise en charge dans un contexte d'urgence avérée. L'inspecté n'a pas fourni les attestations à jour de formation aux GSU.
	Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation des matériels d'urgence ?	Partiellement	
	Dotation du chariot d'urgence ? Signée ? Mise à jour ?		Concernant le chariot d'urgence et le sac à dos d'urgence, l'inspection a remarqué les points de vigilance suivants:
	Le chariot d'urgence est-il scellé ?		Ils ne sont pas scellés.
	Contenu du chariot d'urgence : Vérifié ? Absence de produits périmés ?		La dotation n'est pas signée et aléatoirement mise à jour. Leur vérification est affichée comme mensuelle, mais ne l'est pas. Document 7. Chariot et sac d'urgence présents dans les infirmeries de la struture (10/04/2025) Remarque 30 : Les chariots d'urgence ne sont pas scellés et leur vérification ne respecte pas ce qui est indiqué dans le poste de soins concernant leur vérification mensuelle, ce qui contrevient aux RBPP.
	Si obus d'oxygène sont-ils - stokés dans un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié		Les obus d'O2 sont stockés dans les infirmeries ; 2 sur les 4 présents ne sont pas fixés, posés au sol risquant de tomber.

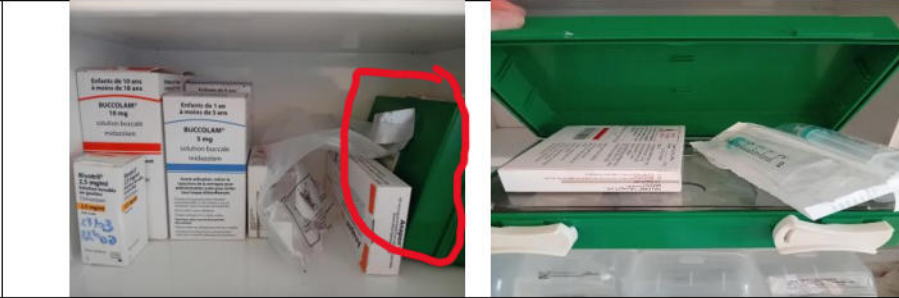
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Remarque 31 : La fixation des bouteilles d'oxygène ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANSM²⁰. Document 8. Obus d'oxygène présents dans l'infirmerie au RDC (10/04/2025) 
	Aspiration fonctionnelle ?		Oui, présente dans la salle de kiné respiratoire juxtaposée à la salle de soins du rez-de-chaussée, mais difficilement mobilisable en cas de besoin. Remarque 32 : La localisation actuelle de l'aspirateur de mucosités le rend difficilement accessible en cas d'urgence .
	Le défibrillateur automatisé externe est-il :	Oui	Il y a un DAE fonctionnel présent dans la structure situé dans le hall d'entrée. Celui-ci est bien signalé et correctement vérifié.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.8. <u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</u>		La structure n'a aucune convention avec des professionnels de santé libéraux. Venue 1 fois/mois, le mardi, d'un médecin MPR et de bénévoles le week-end et parfois en semaine pour l'aide aux repas.
	3.7.9. <u>Les procédures et protocoles</u>		Il existe bien un ensemble de procédures, protocoles de soins et conduite à tenir face à certaines situations, formalisés et validés. L'inspecté en a transmis 11 dont 2 qui ont été réalisés dans les jours qui ont suivi l'inspection.

²⁰ [Actualité - Point d'information : bouteille d'oxygène à usage médical - ANSM](#)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Les professionnels interrogés le jour de l'inspection étaient tout à fait en mesure de les présenter. Le médecin a indiqué à la mission utiliser aussi en cas de besoin les fiches réflexes intitulées "CAT en cas de situations d'urgence et/ou inhabituelles" réalisées par l'ARS pour les professionnels en ESMS handicap. Toutefois, la mission constate que tous les protocoles et procédures ne sont pas signés ni validés. Écart 19 : Tous les protocoles/procédures/CAT ne sont pas validés, datés et signés ce qui contrevient à l'article R4311-14 du CSP et de fait à l'article R4311-8 du CSP ²¹; le protocole douleur est signé mais non daté.
	1.1.1.4. Le traitement de la crise épileptique		
	Procédure de décision de traitement		Deux documents existent sur le sujet:
	Procédure de délégation par les IDE et professionnels formés		L'un en contexte d'urgence (non prévisible) dans les fiches réflexes standardisées ARS ;
	Procédure d'administration		L'autre intitulé "épilepsie hors urgence" daté et signé qui demande à personnaliser les contextes et traitement de chaque usager, en rappelant les précautions à prendre.
	Produits adaptés disponibles		Pour les sorties extérieures, il existe une boîte "urgence épilepsie" à transporter, stockée dans la pharmacie. <u>Document 9.</u> Mallette pour traiter la crise convulsive en cas de sorties extérieures (10/04/2025)

²¹ Article R4311-14 du 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 oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. »

Article R4311-8 du CSP : « L'infirmier ou l'infirmière 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. »

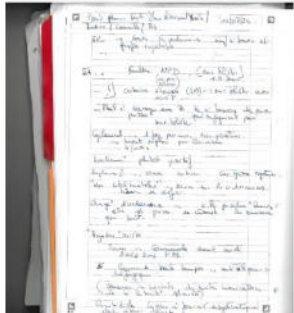
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			
	1.1.1.5. La prévention des escarres		
	Procédure détaillée.		Aucun document n'a pu être fourni le jour de l'inspection à la mission. L'inspecté a transmis ensuite "la CAT à tenir en cas d'escarre" datée du 22/04/2025 mais non signée, avec quelques lignes sur la prévention de celle ci.
	1.1.1.6. Le traitement de la douleur		
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur ²² Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ?		La douleur et son évaluation sont bien prises en compte au sein de l'établissement. L'évaluation est réalisée de base, c'est à dire à l'arrivée du résident et réévaluée 1 fois/an. L'outil d'évaluation utilisé est adapté aux usagers adolescents ou adultes en situation de handicap. L'évaluation est réalisée plusieurs fois/jour pour les usagers sous antalgiques (peu le jour de l'inspection) et à minima annuellement.
	1.1.1.7. Les soins palliatifs		
	Si résident en fin de vie, l'accompagnement est-il organisé ?		Lors de l'inspection, un usager était en accompagnement soins palliatifs. Le projet d'établissement prévoit que toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. Il ressort cependant de l'entretien avec le psychologue, que ce sujet pose des difficultés à l'établissement : l'adulte ne peut les formuler et le tuteur / parent n'est pas la personne.
	Convention HAD/soins palliatifs ?		Une convention a bien été signée avec un prestataire externe, datée du [REDACTED]
	1.1.1.8. Les contentions		

²² Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Existe-t-il une ou des procédures existantes concernant les contentions et matériels de prévention des chutes ? Prescription conforme RBBP ? Evaluation B/R régulière ?? Traçabilité dans les dossiers ? NB : l'annexe au contrat de séjour n'est pas opposable hors EHPAD,		Il existe bien une procédure contention datée et signée par le médecin, du 28/01/2025. Il est bien stipulé dans celle-ci ,toutes les RBPP concernant la prescription, l'évaluation et la traçabilité d'une contention. Il n' a pas été précisé combien d'usagers se trouvaient sur prescription de contention au jour de l'inspection.
	3.7.10. 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.		Il existe bien des fiches informatives pour chaque usager rédigées collégialement par l'ensemble des professionnels les accompagnant et validées par le médecin. Ces fiches sont utilisées lors des déplacements ou consultations extérieurs. Ces fiches sont distinctes des DLU.
	Accompagnement en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, par une tierce personne la connaissant		Oui

3.8. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	3.8.1. Le circuit du médicament Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?	Oui	Le document transmis par l'inspecté est celui de l'ARS de mai 2016 intitulé (38 pages) : " sécurisation du circuit du médicament dans les structures pour adultes handicapés sans PUI". Les prescriptions médicales sont supervisées par le médecin, mais sans médecin dans l'équipe d'inspection, celles-ci n'ont pas été explorées. Sur place, la mission a pu constater une procédure (de 3 pages) qui condense le document précité et intitulé "sécurisation du circuit du médicament" validée, datée du 03/01/2025 et signée par le médecin. Celle-ci reprend chaque étape clé du circuit du médicament.
	3.8.2. 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		Le personnel soignant rencontré par l'équipe d'inspection était bien informé sur la distinction entre « l'aide à la vie courante" et les soins non déléguables réalisés nécessairement par un soignant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	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 Quels sont les moyens de transmissions des ordonnances de l'EHPAD à l'officine ?		
	3.8.3. <u>Commandes</u>		Les commandes sont effectuées auprès de l'officine. L'inspecté a fourni des notes brouillons peu lisibles de la dernière réunion avec le pharmacien de l'officine prises par le médecin. <u>Document 10.</u> Prise de notes du medCo suite à la dernière réunion avec la pharmacie d'officine (10/04/2025) 
	3.8.4. <u>Livraison</u>		
	Toute commande livrée en dehors de l'officine ne peut être remise qu'en paquet scellé.		La livraison est effectuée de manière hebdomadaire (tous les lundis) et vérifiée une première fois par l'IDE qui la reçoit. Vérification entre concordance du blister et de l'ordonnance.
	3.8.5. <u>Dispensation</u>		Les médicaments compatibles sont livrés sous forme de piluliers préparés pour la semaine (PDA) après préparation par l'officine avec qui la structure a conventionné pour l'approvisionnement en produits de santé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le rôle de pharmacien d'officine référent est juridiquement limité aux officines desservant des EHPAD		Écart 20 : En l'absence de convention signée avec le pharmacien référent d'une officine de ville, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L5125-1-1A du CSP. ²³
	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 ? 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 PDA La préparation / vérification des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ? 3.8.6. Stockage Le stockage des médicaments se fait dans :	Oui Oui	La vérification des PDA et la préparation des médicaments hors PDA sont bien réalisées au vu de la dernière prescription médicale. Les IDE disposent des ordonnances nominatives dans des classeurs. Les médicaments sont bien stockés dans une armoire sécurisée mais celle-ci n'était pas verrouillée le jour de l'inspection. En revanche la mission n'a pas constaté de chariot sécurisé le jour de l'inspection.
	Des armoires sécurisées ;	Oui	Écart 21 : L'absence de verrouillage de l'armoire sécurisée de stockage des médicaments sous forme de « préparation des doses à administrer » (PDA) le jour de la mission d'inspection ainsi que l'absence de chariot sécurisé pour leur dispensation contreviennent aux articles R5126-109 et R4312-39 du CSP mais également à l'article L311-3 (1°) du CASF. ²⁴

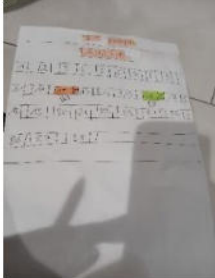
²³ Article L5125-1-1A du CSP : « Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine : ... 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ; ... »

²⁴ Article R5126-109 du CSP : « Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108, sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage. »

Article R4312-39 du CSP : « L'infirmier prend toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice professionnel. »

Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Des chariots à médicaments sécurisés ? Existe-t-il un coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé ? Y a-t- uniquement des médicaments stupéfiants dans le coffre dédié ? Registre pour tracer les entrées et sorties des stupéfiants L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants : - Elle est dédiée à ce type de médicaments ;	Non	Oui dans les deux infirmeries. A l'intérieur, sont retrouvés des médicaments qui ne sont pas des stupéfiants à proprement parler mais des assimilés stupéfiants ([REDACTED]). Est retrouvée également à l'intérieur la malette en cas de crise convulsive à conserver en sortie extérieure et [REDACTED] (par ailleurs périmé). Le registre pour tracer les entrées et les sorties est bien présent et rempli correctement. Un registre est bien présent à l'intérieur du coffre. <u>Document 11.</u> Enceinte réfrigérée de l'infirmerie du RDC avec présence de givre (10/04/2025)
	- Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) ;	Oui	L'enceinte est dans un état de propreté satisfaisant mais on retrouve la présence de givre; sa température est contrôlée à l'aide d'un thermomètre présent à l'intérieur.
	- Son entretien est tracé ;	Non	Toutefois, la mission ne retrouve pas de traçabilité de son entretien et celle de la température est très aléatoire. Une précédente visite datant de quelques années par la DD 78 avait déjà fait mention de ces manquements.
	- Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ?	Partiellement	Il n'existe pas de feuille de route ou procédure rappelant en outre les actions correctrices à mettre en place en cas de température insatisfaisante. <u>Document 12.</u> Feuille de traçabilité de la température du réfrigérateur de l'infirmerie du 1er étage retrouvée à proximité (10/04/2025)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Médicaments hors PDA - Stockage nominatif ? - Modalités de stockage Dotation pour soins urgents Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ? 3.8.7. Distribution et administration Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? La délégation de la distribution des médicaments : Est procédurée ;		 Remarque 33 : La traçabilité de l'entretien et de la température des enceintes réfrigérées n'est pas effective. Il existe un stock tampon réapprovisionné sur prescription du médecin; un document fourni par l'inspecté "livret thérapeutique tampon" spécifie uniquement les antibiotiques et leur quantité à posséder en stock. Les dates de péremption des produits stockés contrôlés par la mission n'étaient pas dépassées. Les traitements sont identifiés jusqu'à leur dispensation.
	Est réalisée par des professionnels réglementairement autorisés en présence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES, AMP,, AVS) 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 ?	Partiellement Non	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante, appelés également "encadrants", sous supervision de l'IDE et après que celle-ci ait effectué la préparation et une ultime vérification nominative. Concernant les transports ou sorties extérieures, il existe des protocoles en cas de crises convulsives pour que l'administration dans l'urgence du traitement adapté puisse être réalisée par le professionnel en charge de l'aide aux actes de la vie courante.

[illegible]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 34 : Il n'existe pas de protocole pour le broyage des médicaments qui le permettent, ce qui peut engendrer un souci d'efficacité dans la prise du traitement par l'usager.
	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 ?		L'enregistrement de l'effectivité du traitement est réalisé par l'IDE, par heure de prise, dans un tableau qui se trouve dans un classeur dédié à cet effet ,mais pas en temps réel. Remarque 35 : L'enregistrement de l'effectivité du traitement n'est pas réalisé en temps réel.

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>	Oui	La MAS est localisée à proximité des moyens de transport (bus) et se trouve bien desservie. L'environnement extérieur de la structure est sécurisant (accès par une petite rue, partagée avec la [REDACTED])
4.1. Environnement	4.1.2. <u>L'insertion de la structure dans le territoire</u>	Oui	Des actions inclusives partenariales sont mentionnées dans le projet d'établissement 2022-2026 avec : - le [REDACTED] (section d'enseignement général et professionnel adapté) du collège [REDACTED] (participation aux ateliers avec les collégiens) ; - le [REDACTED], avec un objectif d'inclusion sociale ; - l'association [REDACTED] partagé (rencontres autour du travail de la terre, des floraisons, des saisons). Sont également envisagées des rencontres avec les jeunes du [REDACTED]

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	Accès à : Dentiste ou stomatologiste		La MAS n'a pas formalisé de partenariat avec les professionnels de santé libéraux. L'établissement a passé convention ([REDACTED]) avec l'association [REDACTED] qui a pour mission d'améliorer la santé bucco-dentaire et la qualité de prise en charge en soins dentaires des personnes en situation de handicap.
	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.		La MAS travaille régulièrement avec [REDACTED] , lequel ne souhaite pas formaliser de convention, malgré de nombreuses sollicitations (source : entretien).

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	Le plan bleu de l'établissement est incomplet - absence de recensement des moyens de réponse (équipements et matériels disponibles) ; du plan de formation- , ce qui contrevient aux dispositions de l'article R311-38-1 du CASF.	13
<u>Écart 2 :</u>	Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements et événements graves survenus au sein de l'établissement et ayant affecté l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.	20
<u>Écart 3 :</u>	En ne disposant pas d'assistant de service social, l'établissement contrevient à l'article D344-5-13 du CASF.	28
<u>Écart 4 :</u>	Les éducateurs spécialisés effectuent [REDACTED], tâches ne relevant pas de leurs compétences. Cette situation contrevient aux dispositions de l'article D451-41 du CASF.	29
<u>Écart 5 :</u>	En ayant recours à des professionnels [REDACTED] sur certaines fonctions (IDE,AS, AES ou AMP, ergothérapeute, éducateur spécialisé), l'établissement contrevient aux articles D4311-16 du CSP, D451-88 du CASF, D451-89 du CASF, L4391-1 CSP, L4331-2 du CSP.	30
<u>Écart 6 :</u>	La vacance de postes dans certaines professions altère la qualité et la sécurité de la prise en charge des jeunes adultes/ adultes accueillis, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	31
<u>Écart 7 :</u>	Les plans de formation adressés à la mission sont incomplets. Ils ne traitent pas des formations en VAE, des formations obligatoires et n'indiquent pas les professionnels concernés, ce qui contrevient à l'article D344-5-10 du CASF.	33
<u>Écart 8 :</u>	[REDACTED] représente un risque important pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	35
<u>Écart 9 :</u>	[REDACTED] représente un risque pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	35
<u>Écart 10 :</u>	Un [REDACTED] a déjà participé à la préparation des médicaments, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP.	36
<u>Écart 11 :</u>	En ne précisant pas quels médicaments à risque ne peuvent pas être administrés par les [REDACTED] et en les autorisant à distribuer des médicaments en l'absence [REDACTED] (fiche de tâche [REDACTED]), l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	37
<u>Écart 12 :</u>	L'absence de registre des entrées et sorties des usagers côté et paraphé contrevient aux obligations mentionnées aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.	38
<u>Écart 13 :</u>	Au moins une salle de l'établissement montre des signes de dégât des eaux, ce qui représente un risque pour la santé des usagers. L'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	42
<u>Écart 14 :</u>	Certains sanitaires communs ne sont pas suffisamment entretenus, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.	45

<u>Écart 15 :</u>	L'établissement ne respecte pas les règles prises en matière de vidéosurveillance (à savoir des caméras actives que sur les temps de nuit), ce qui va à l'encontre des dispositions de l'article L.311-3 (1°) du CASF. en ne respectant pas le droit à la vie privée et à l'intimité des résidents.	46
<u>Écart 16 :</u>	L'absence d'identité complète (nom et prénom) ainsi que de la photographie de l'usager contrevient à l'article L311-3(1°) du CASF sur leur sécurité.	54
<u>Écart 17 :</u>	Il n'existe pas de protocole de délégation formalisée par les IDE concernant la dispensation des traitements par les AS et AMP, ce qui contrevient aux articles R4311-4 , R4311-5 et R4311-7 du CSP. et L313-26 du CASF.	61
<u>Écart 18 :</u>	L'absence de sécurisation de l'accès aux traitements médicamenteux contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.	64
<u>Écart 19 :</u>	Tous les protocoles/procédures/CAT ne sont pas validés, datés et signés ce qui contrevient à l'article R4311-14 du CSP et de fait à l'article R4311-8 du CSP ; le protocole douleur est signé mais non daté.	69
<u>Écart 20 :</u>	En l'absence de convention signée avec le pharmacien référent d'une officine de ville , l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L5125-1-1A du CSP.	73
<u>Écart 21 :</u>	L'absence de verrouillage de l'armoire sécurisée de stockage des médicaments sous forme de « préparation des doses à administrer » (PDA) le jour de la mission d'inspection ainsi que l'absence de chariot sécurisé pour leur dispensation contreviennent aux articles R5126-109 et R4312-39 du CSP mais également à l'article L311-3 (1°) du CASF.	73

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Le plan bleu ne fait pas mention de la consultation des instances représentatives du personnel et du CVS.	13
<u>Remarque 2 :</u>	L'organigramme ne fait pas état des ETP affectés au fonctionnement de la MAS.	13
<u>Remarque 3 :</u>	La mission relève que la continuité de gestion en l'absence de la directrice, n'est pas formalisée, et s'interroge sur l'information portée à la connaissance du personnel de l'établissement, en son absence.	15
<u>Remarque 4 :</u>	Les astreintes ne font pas l'objet d'une procédure formalisée, ce qui ne permet pas à tout professionnel d'en connaître l'existence et l'organisation.	16
<u>Remarque 5 :</u>	Le temps de présence du médecin indiqué dans son contrat de travail n'est pas conforme à son temps de travail effectif.	17
<u>Remarque 6 :</u>	La fiche de poste de la cheffe de service éducatif et paramédical est identique à celle de la cheffe de service éducatif. La mission s'interroge sur ses missions relevant du champ paramédical, qui ne sont pas énumérées.	17
<u>Remarque 7 :</u>	L'établissement ne réalise pas d'enquête annuelle de satisfaction auprès des familles, ce qui ne peut contribuer à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des personnes accueillies.	21

<u>Remarque 8 :</u>	Le COPIL qualité ne fait pas l'objet d'un compte-rendu systématique.	22
<u>Remarque 9 :</u>	Le numéro d'appel 3977 n'est pas affiché dans les locaux de la MAS.	24
<u>Remarque 10 :</u>	Il est relevé l'absence de formation des professionnels de la MAS, aux modalités d'identification et de déclaration des EI et EIG.	26
<u>Remarque 11 :</u>	L'établissement n'a pas formalisé de procédure de suivi et d'analyse des événements indésirables, dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.	26
<u>Remarque 12 :</u>	Le taux de rotation des professionnels au sein de la MAS est très important.	32
<u>Remarque 13 :</u>	Les dossiers des professionnels ne comportaient pas systématiquement la fiche d'aptitude médecine du travail, le dernier entretien professionnel, les attestations de formations suivies AFGSU.	32
<u>Remarque 14 :</u>	La mission ne peut s'assurer du partenariat établi avec un musicothérapeute et un professeur d'handijudo, faute de conventions transmises.	32
<u>Remarque 15 :</u>	La procédure de continuité du service équipe de jour/équipe de nuit ne souligne pas suffisamment la priorisation de la concordance de la qualification, des compétences et du diplôme entre le remplaçant et le remplacé.	34
<u>Remarque 16 :</u>	Les modifications sur les plannings ne sont pas suffisamment lisibles.	35
<u>Remarque 17 :</u>	L'absence de [REDACTED] sur deux jours en une semaine altère la qualité de la prise en charge.	35
<u>Remarque 18 :</u>	L'ensemble des professionnels ne dispose pas de fiche de poste formalisée.	36
<u>Remarque 19 :</u>	Les sanitaires ne facilitent pas toujours l'accès des WC (dessous des WC descendant jusqu'au sol).	43
<u>Remarque 20 :</u>	L'établissement ne produit pas d'attestation traçant le refus ou précisant les motifs de non-désignation d'une personne de confiance.	53
<u>Remarque 21 :</u>	L'établissement ne dispose pas de coffre sécurisé pour les biens personnels des usagers.	55
<u>Remarque 22 :</u>	Le planning de la semaine du 7 avril au 11 avril unité orange ne fait pas référence à la mise en place d'un atelier vie relationnelle, affective, sexuelle... alors que l'établissement indique que cet atelier est hebdomadaire pour chaque unité.	56
<u>Remarque 23 :</u>	Les personnels ne sont formés ni à la détection des fausses routes, ni aux gestes et soins d'urgence.	58
<u>Remarque 24 :</u>	Il n'est pas prévu de relai en cas d'absence du médecin.	59
<u>Remarque 25 :</u>	Le taux d'absentéisme ne cesse d'augmenter au fil des années et compromet la sécurité des soins et la qualité de prise en charge des usagers de la structure.	60
<u>Remarque 26 :</u>	Les transmissions ne sont pas organisées à chaque changement d'équipe, ce qui compromet la continuité et la sécurité des soins des usagers.	61
<u>Remarque 27 :</u>	Tous les usagers ne bénéficient pas d'un suivi psychologique.	63

<u>Remarque 28 :</u>	Les consignes lors d'un AES ne sont pas affichées dans le poste de soins, ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques.	65
<u>Remarque 29 :</u>	Les professionnels de santé concernés n'ont pas été recyclés à la formation concernant les gestes et soins d'urgence aux usagers, ce qui compromet leur prise en charge dans un contexte d'urgence avérée. L'inspecté n'a pas fourni les attestations à jour de formation aux GSU.	67
<u>Remarque 30 :</u>	Les chariots d'urgence ne sont pas scellés et leur vérification ne respecte pas ce qui est indiqué dans le poste de soins concernant leur vérification mensuelle, ce qui contrevient aux RBPP.	67
<u>Remarque 31 :</u>	La fixation des bouteilles d'oxygène ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANSM.	68
<u>Remarque 32 :</u>	La localisation actuelle de l'aspirateur de mucosités le rend difficilement accessible en cas d'urgence .	68
<u>Remarque 33 :</u>	La traçabilité de l'entretien et de la température des enceintes réfrigérées n'est pas effective.	75
<u>Remarque 34 :</u>	Il n'existe pas de protocole pour le broyage des médicaments qui le permettent, ce qui peut engendrer un souci d'efficacité dans la prise du traitement par l'utilisateur.	77
<u>Remarque 35 :</u>	L'enregistrement de l'effectivité du traitement n'est pas réalisé en temps réel.	77

6. Conclusion

L'inspection de la MAS « La Maison de Marie », gérée par l'association « Les Chemins de l'Eveil » a été réalisée le 10 avril 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a relevé les points positifs suivants :

- Gouvernance :
 - Des outils de la loi 2002-2 formalisés et en cours de validité ;
 - La présence du tryptique directrice ; médecin [REDACTED] ; cadre paramédical ;
 - Une gestion de la qualité et des risques mise en œuvre, et une politique de bientraitance mise en place ;
- Fonctions support :
 - Des locaux spacieux, globalement bien entretenus ;
- Prises en charge :
 - La mise en place auprès des jeunes adultes/adultes, d'un parcours de soins et de vie (nombreuses activités et sorties réalisées) et la désignation d'un référent par usager ;
 - L'élaboration d'un PPA pour chaque jeune adulte/adulte, réévalué annuellement ;
- Soins :
 - La tenue à jour des dossiers de soins avec une actualisation au fil de l'eau ;
 - Les deux infirmeries de la MAS (localisées au rez-de-chaussée et au 1^{er} étage) rangées, fermées et sécurisées ;
- Relations avec l'extérieur
 - Un environnement de la MAS, sécurisé ;
 - Des conventions partenariales signées, notamment en matière d'HAD.

Elle a néanmoins relevé des manquements en matière :

- Gouvernance :
 - Le contrat de travail du médecin à conformer en termes de temps de présence effectif ;
 - L'absence d'information du CVS sur les dysfonctionnements et événements graves ;
 - L'absence d'enquête de satisfaction annuelle auprès des familles ;
- Fonctions support :
 - Ressources humaines :
 - Le recours à des professionnels [REDACTED] ;
 - La vacance de postes de professionnels (dont IDE, psychomotricien) ;
 - L'absence d'assistant de service social au sein de l'équipe pluridisciplinaire ;
 - Un taux de rotation de professionnels très important ;
 - Une présence en nombre de professionnels (IDE ; AS de nuit) [REDACTED] certains jour et nuit, pour garantir une sécurité en soins des usagers ;
 - L'existence de glissement de tâches ;
 - Bâtiments, espaces extérieurs, équipements :
 - Un entretien et une hygiène des locaux à renforcer (au niveau des sanitaires ; présence de signes de dégât des eaux dans une salle de l'établissement) ;
 - Un manque d'accessibilité de certains espaces (accès aux sanitaires) ;
 - Le non-respect des mesures prises en matière de vidéosurveillance ;

– Prises en charge en soins :

Un relai non organisé en cas d'absence du médecin ;
L'absence de protocole de délégation de distribution des médicaments formalisé par les IDE et de formation ;
Des transmissions non organisées à chaque changement d'équipe ;
Des chariots et sacs d'urgence non scellés et une vérification mensuelle non réalisée ;
L'absence de signature et de validation de tous les protocoles, procédures de soins et conduites à tenir ;

– Circuit du médicament ;

L'absence de convention signée avec une pharmacie d'officine ;
La non-sécurisation de l'accès aux traitements médicamenteux ;
Une armoire sécurisée de stockage des PDA non verrouillée et un chariot non sécurisé pour la dispensation ;
L'absence de protocole pour le broyage des médicaments qui le permettent.

Ces constats nécessitent que l'association gestionnaire et la directrice de l'établissement engagent des actions d'amélioration.

Saint-Denis, le 10 juillet 2025

[Signature]

Inspectrice de l'action
sanitaire et sociale

[Signature]

Inspectrice de l'action
sanitaire et sociale
Coordonnatrice de la mission

[Signature]

Inspecteur de l'action
sanitaire et sociale

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence régionale de Santé
AVS : Auxiliaires de vie sociale
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CVS : Conseil de la vie sociale
DAE : Défibrillateur automatisé externe
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IEM : Institut d'éducation motrice
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
IME : Institut médico-éducatif
PPA : Projet personnalisé d'accompagnement
PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité
PE : Projet d'établissement
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PH : Personne porteuse d'un handicap
PMR : Personnes à mobilité réduite
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
RDF/RF : Règlement de fonctionnement
RH : Ressources humaines

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Inspection régionale autonomie santé

Affaire suivie par :
Courriel :
Téléphone :

Saint-Denis, le 17 mars 2025

Références : SIICEA 2025_IDF_00078

Objet : Lettre de mission d'inspection – Maison d'accueil spécialisée « La Maison de Marie » (N° FINESS ET 780018610) sise à Poissy.

Mesdames, Monsieur,

Le programme national d'inspection et de contrôle « Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap avec hébergement / internat » a été inscrit au programme de travail des agences régionales de santé (ARS) pour 2025. Il s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les 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 L.311-3 CASF).

La MAS « La Maison de Marie » (N°FINESS géographique 780018610) située 60 rue de Villiers à Poissy (78300) a été inscrite dans la programmation de ces contrôles.

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

- La prévention et la lutte contre les maltraitances ;
- La gouvernance ;
- La gestion des ressources humaines ;

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

- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ;
- La prise en charge médicamenteuse des résidents ;
- Les relations partenariales de l'établissement.

La mission débutera à compter du 10 avril 2025 à 9h00 et sera assurée par :



L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures².

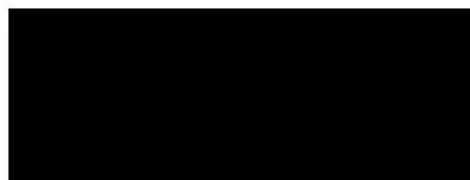
Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)³ s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

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

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

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

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



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

² Art. L.1421-2 du CSP

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

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH



Jeudi 10 avril 2025
MAS « La Maison de Marie »-Poissy
Liste des documents demandés- version actualisée du 11 avril 2025

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé	Mode de transmission	Remis O/N
A	Liste nominative des usagers présents au jour de l'inspection avec leurs nom, date de naissance , âge, date d'entrée, département d'origine, unité, régime de protection juridique, notification MDPH, numéro de chambre si hébergement (si possible format EXCEL et PDF) ;		Oui
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de la MAS (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et PDF)		Oui
C	Un plan des locaux de la MAS		Oui
D	Organigramme actualisé et nominatif de la MAS		Oui
E	Planning nominatif des professionnels présents le jour de l'inspection, dont vacataires (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations)		Oui
F	Planning d'activités de la semaine		Oui
G	Liste actualisée des régimes et textures + liste des usagers avec CNO		Oui

Documents demandés pour une consultation sur place :

Nature du document consulté	Consultation sur place	Commentaires
1.Dossiers administratifs des usagers (à sélectionner), dont contrat de séjour et PAI	Oui	
2.Dossiers administratifs des professionnels (à sélectionner) : CDI, CDD, vacataires	Oui	
3. Nombre d'intérimaires et proportion par rapport à l'effectif total pour les mois de février et mars 2025 et début avril 25	Information donnée	
4.Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Oui	
5.Registre des présences quotidiennes	Oui	
6.Registre/fichier de recueil : a) des réclamations et des doléances des usagers et des familles ; b) des événements indésirables ;	Oui	
7.Conventions partenariales ;	Oui	
8. Registre de sécurité et dernier PV de la commission de sécurité-incendie ;	Oui	

Documents demandés à déposer en respectant la numérotation, sur la plateforme Bluefiles, sous le lien suivant, au plus tard le vendredi 18 avril 2025, à l'attention de Sophie PASQUIER :
<https://bit.ly/3AjVMOx>

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
9	Qualification, diplôme et contrat de travail de : *directrice de la MAS, *adjoint de direction, *médecin en charge de la coordination médicale *IDE	Bluefiles	Oui	
10	Fiche de poste et/ou lettre de mission de : *directrice de la MAS, *adjoint de direction, *médecin en charge de la coordination médicale *IDE	Bluefiles	Oui, sauf directrice	Pas de fiche de poste ou lettre de mission
11	Document unique de délégation de la directrice de la MAS (DUD)	Bluefiles	Oui	
12	Délégations et subdélégations de la directrice aux cadres/salariés	Bluefiles	Oui	
13	Projet d'établissement de la MAS	Bluefiles	Oui	
14	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à la MAS, pour les mois de février et mars 2025	Bluefiles	Oui	
15	Maquette organisationnelle de l'équipe de jour et de nuit + le nombre de soignants, de professionnels paramédicaux et éducatifs, attendus par jour et par nuit, par étage et par catégorie professionnelle.	Bluefiles	Oui	
16	Diplômes et fiches de poste de l'ensemble du personnel de la MAS	Bluefiles	Oui	
17	Tableau de l'état des ETP budgétés et des ETP réels en poste (<i>tableau Excel et pdf</i>)	Bluefiles	Oui	
18	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel et la liste des personnes à contacter	Bluefiles	Oui	
19	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence de la directrice (note/procédure)	Bluefiles	Oui pour astreintes	Pas de procédure, mais délégation temporaire des pouvoirs
20	Calendrier des astreintes administratives et techniques depuis janvier 2025 et procédure mise en œuvre	Bluefiles	Oui	
21	Planning des CODIR pour l'année 2025 et comptes rendus réalisés (mois de février et mars)	Bluefiles	Oui	
22	Livret d'accueil du nouvel arrivant professionnel	Bluefiles	Oui	
23	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur	Bluefiles	Oui	
24	Dernier rapport d'évaluation externe	Bluefiles	Oui	
25	Registre unique du personnel (format Excel) : CDI, CDD, stagiaires avec historique des entrées et sorties.	Bluefiles	Oui	

2

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
26	DUERP	Bluefiles	Oui	
27	Planning mensuel (nominatif et fonction) de tous les professionnels jour/nuit pour les deux derniers mois, avec légende des sigles utilisés. Plus planning prévisionnel sur le mois d'avril format excel non verrouillé Plannings des équipes soignantes jour/nuit des 2 derniers mois (y compris les temps de transmission) et organisation type des professionnels par unité ou secteur (avec précision/légende sur les sigles utilisés) plus planning prévisionnel sur le mois d'avril. Format excel non verrouillé	Bluefiles	Oui	
28	Plan de formation réalisé 2024 et prévisionnel 2025, attestations des formations suivies et liste des agents en cours de formation qualifiante (dont VAE)	Bluefiles	Oui	
29	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS et AMP de jour et de nuit	Bluefiles	Oui	
30	La liste de personnel soignant en CDI	Bluefiles	Oui	
31	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée d'un personnel soignant et la liste de remplaçants à contacter plus liste des remplaçants sur les deux derniers mois précédant l'inspection plus du mois en cours	Bluefiles	Oui	
32	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	Bluefiles	Oui	
33	Offres d'emploi actuelles Taux d'absentéisme sur les trois dernières années Taux de rotation sur les trois dernières années Règlement intérieur et mode de diffusion Comptes rendus CSE 2024-2025 Tableau des professionnels associatifs intervenant au sein de l'établissement Protocoles temps de transmission Procédure d'affectation par unité ou secteur et fréquence de rotation interne Bilan social	Bluefiles	Oui pour partie	Pas de personnel associatif ; tous bénévoles Pas de protocole sur temps de transmission et affectation Bilan social- pas d'obligation car moins de 300 salariés.
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance				
34	Règlement de fonctionnement de la MAS	Bluefiles	Oui	
35	Contrat de séjour	Bluefiles	Oui	
36	Rapports d'activité 2023 et 2024 de la MAS	Bluefiles	Oui	
37	Procédure relative à l'élaboration d'un PAI	Bluefiles	Oui	
38	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PAI	Bluefiles	Oui	
39	Fiche support de déclaration des EI	Bluefiles	Oui	
40	Procédure de gestion et suivi des événements indésirables	Bluefiles		Cf. éléments de réponse apportés
41	Extraction/copie du registre d'enregistrement sur les années 2023 et 2024, des EI-EIG, EIAS, les plans d'actions correctives mises en œuvre et le cas échéant, leur déclaration aux autorités de contrôle (ARS-CD)	Bluefiles	Oui	
42	CR des RETEX-CREX réalisés depuis janvier 2024	Bluefiles		Cf. éléments de réponse apportés
43	Politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance- supports et documents	Bluefiles	Oui	

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
44	Liste et coordonnées des membres du CVS et PV de la dernière élection	Bluefiles	Oui	
45	Livret d'accueil des usagers	Bluefiles	Oui	
46	Règlement de fonctionnement du CVS, comptes rendus des réunions du CVS années 2024 et planning des réunions pour 2025	Bluefiles	Oui	
47	Plan Bleu 2024	Bluefiles	Oui	
48	Derniers questionnaires de satisfaction 2023 et 2024	Bluefiles	Oui	
49	Planning des activités sur les trois derniers mois et comptes-rendus des deux dernières commission animation.	Bluefiles	Oui	
50	Les deux derniers comptes-rendus de la commission menu	Bluefiles	Oui	
51	Procédure vie sexuelle et affective de l'établissement Procédure organisation de sorties extérieures Procédure salle d'apaisement Document présentant les personnes qualifiées du département	Bluefiles	Oui	Pas de procédures ; salle Snoezelen et non salle d'apaisement ;
52	Conventions avec les transporteurs	Bluefiles	Oui	
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge des résidents				
53	Liste des chambres équipées de rail lève personne	Bluefiles	Oui	
54	Inventaire du matériel de levage/pesage	Bluefiles	Oui	
55	Projet de soins en cours et mise à jour annuelle	Bluefiles		Projet de soins intégré au PPA
56	Formations reçues par le personnel soignant	Bluefiles	Oui	
57	Comptes rendus des réunions des équipes soignants-médecin du premier semestre 2024	Bluefiles	Oui	
58	Toutes les procédures sur le circuit du médicament	Bluefiles	Oui	
59	Procédure de traçabilité d'administration des médicaments	Bluefiles	Oui	
60	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés/ liste des médicaments écrasés	Bluefiles	Oui	
61	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	Bluefiles	Oui	
63	Livret thérapeutique ou liste des médicaments préférentiels disponibles à la MAS	Bluefiles	Oui	
64	Tableau anonymisé des poids avec même ordre de présentation par résident, des IMC et des résultats d'albuminémie pour tous les résidents	Bluefiles	Oui	
65	CR de réunion avec le pharmacien d'officine et/ou d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	Bluefiles	Oui	
66	Nombre de résidents ayant un médecin traitant	Bluefiles	Non	

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
	Liste nominative indiquant le médecin traitant de chaque résident			Pas de liste de médecin traitant
67	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant à la MAS(arrêté du 30/12/2010)	Bluefiles	Non	Absence de convention avec des professionnels de santé libéraux
68	Conventions entre la MAS et les structures extérieures au titre de la continuité des soins : -Etablissement de santé avec service d'urgences -HAD -Douleur -services de psychiatrie -Réseaux de soins palliatifs.	Bluefiles	Non	Pas de convention formalisée avec l'hôpital de Poissy ; Convention HAD/soins palliatifs au cas par cas ;
69	Liste détaillée de tous les protocoles de soins : *préadmission et admission en MAS, *chute, *douleur, *pansements, *soins palliatifs, fin de vie, *dénutrition, *fausse route, *déshydratation, *procédure d'évaluation et de suivi des plaies et escarres, contentions	Bluefiles	Oui	
70	Protocole de gestion des urgences médicales vitales	Bluefiles	Non	
71	Protocole gestion des déchets DASRI	Bluefiles	Non	
72	Convention avec prestataire pour enlèvement et traitement des DASRI	Bluefiles	Oui	
73	Bilan des chutes pour 2024 et récapitulatif pour le premier trimestre 2025	Bluefiles	Non	Pas de bilan chutes au regard du public.
74	Vaccination anti-grippale= nombre de vaccins achetés, nombre/ taux de résidents vaccinés, nombre/ taux de personnels vaccinés	Bluefiles	Oui	

Rappel réglementaire :

Article L1421-3 code de la santé publique, Version en vigueur depuis le 28 décembre 2019

Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 64 (V)

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre 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.

Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

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.

Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

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

- La directrice
- La responsable qualité
- Une personne des ressources humaines
- La secrétaire médico-sociale
- Le médecin
- Des IDE
- Le psychologue
- Une famille
- Des parents, membres du CVS



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr