

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

**Maison d'accueil spécialisée (MAS) Le Ponant,
1 Chemin du Larris 91152 ETAMPES
Finess : 910019215**

RAPPORT D'INSPECTION

N°2025-IDF -000094

Contrôle sur place le 22 juillet 2025

Mission conduite par :

—
—
—

Accompagnée par :

— Monsieur

**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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.1.1. L'autorisation	10
1.1.2. La population accueillie	10
1.1.3. Le CPOM	14
1.1.4. Fonctionnement spécifique :	14
L'URAT (unité renforcée d'accueil de transition)	14
L'unité coquelicot (unité usagers polyhandicapés)	14
1.2.Management et Stratégie	16
1.2.1. Le règlement de fonctionnement (RF)	16
1.2.2. Le projet d'établissement (PE)	16
1.2.3. L'organigramme	17
1.2.4. Directeur : qualification, contrat et fiche de poste	17
1.2.5. Continuité de direction et astreintes	17
1.2.6. Les délégations au directeur	17
1.2.7. Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COPIL)	18
1.2.8. Les professionnels d'encadrement de l'équipe organisant les soins.	18
1.2.9. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	19
1.2.10. Les affichages	19
1.3.Animation et fonctionnement des instances	20
1.3.1. Le Conseil de vie sociale (CVS)	20
1.3.2. Les enquêtes de satisfaction	21
1.4.Gestion de la qualité	22
1.4.1. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	22
1.4.2. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	22
1.4.3. La bientraitance en pratique	22
1.4.4. Les « comportements défis » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)	23
1.4.5. La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)	23
1.5.Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	23
1.5.1. Les réclamations et enquêtes de satisfaction	23
1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	24
1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	24
1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	25
2. Fonctions support	26
2.1.Gestion des ressources humaines	26
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	26
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe administrative et de la direction de la structure	27
2.1.2. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure	28
2.1.3. Poste vacant	28
2.1.4. Politique de fidélisation	29
2.1.5. Qualification des professionnels	29
2.1.6. Le taux d'absentéisme des professionnels	29
2.1.7. Le taux de rotation des professionnels	30
2.1.8. Les dossiers administratifs des professionnels	30
2.1.9. Le plan de formation des professionnels	31
2.1.10. Analyse des plannings	32
L'organisation générale du planning des professionnels	32
2.1.11. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	32
2.1.12. Les glissements de tâches	32
2.2.Gestion d'information	32
2.2.1. Le support et le contenu des dossiers de soins et médicaux des usagers	32
2.2.2. Les prescriptions	33
2.2.3. Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers	33
2.3.Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	33
2.3.1. L'état général du bâtiment	33
2.3.2. L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)	33
2.4.Locaux et équipements	34
2.4.1. La salle d'apaisement, de retrait	34
2.5.Sécurités	34

2.5.1.	L'aide à la prévention des chutes	34
2.5.2.	La prévention des sorties inopinées	35
2.5.3.	Les appels-malade	35
2.5.4.	L'identification des usagers (identitovigilance)	36
3.	Prises en charge	37
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	37
3.1.1.	L'admission	37
3.1.2.	Le contrat de séjour	37
3.1.3.	Les médecins traitants	38
3.1.4.	Les transmissions inter équipes	38
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	38
3.2.1.	Les Projets individualisés d'accompagnement (PIA) :	38
3.3.	Vie sociale et relationnelle	39
3.3.1.	Relations avec les familles	39
3.3.2.	Animation	39
3.3.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	40
3.4.	L'alimentation	40
3.4.1.	La restauration	40
3.4.2.	Les régimes et les textures	40
3.4.3.	Les troubles de la déglutition	40
3.4.4.	Le suivi de l'état nutritionnel	41
3.5.	Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure	41
3.5.1.	L'organisation des activités éducatives	41
3.6.	Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	41
3.6.1.	La coordination des soins	41
3.6.2.	La continuité des soins	41
3.6.3.	Les missions médicales	41
3.6.4.	Le dossier de liaison d'urgence (DLU)	42
3.6.5.	L'infirmier	42
3.6.6.	Lae chariot et les équipements d'urgence	42
3.6.7.	Le défibrillateur automatique externe (DAE)	42
3.6.8.	Les procédures et protocoles de soins	42
3.6.9.	La gestion des contentions	43
3.7.	Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	43
3.7.1.	La procédure du circuit du médicament	43
3.7.2.	Les médicaments	43
3.7.1.	Les stupéfiants	43
4.	Relations avec l'extérieur	44
4.1.1.	Coordination avec les autres secteurs	44
5.	Récapitulatif des écarts et des remarques	45
5.1.	Écarts	45
5.2.	Remarques	45
6.	Conclusion	47
7.	Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	48
8.	Annexes	49
	Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	49
	Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés	52
	Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	55

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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 ont la capacité de satisfaire aux buts d'action sociale que leur fixe la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, et notamment de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes (articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF), de respecter les droits et libertés individuels et garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité des résidents et/ou usagers (article 311-3 CASF).

Une analyse d'indicateurs a classé la MAS Le PONANT, situé à 1 Chemin du Larris 91152 ETAMPES, Finess : 910019215 parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF).

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 porte 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
 - Vie sociale et relationnelle
 - Hébergement
 - Champ de l'éducation
 - Champ thérapeutique
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'inspection inopinée s'est déroulée au sein de la MAS Le Ponant -EPS (établissement public de santé) Barthelemy Durand situé à Étampes le mardi 22 juillet 2025, à partir de 9h00. La mission a été accueillie par, la directrice déléguée rejointe par le directeur de l'EPS et la directrice des soins de l'EPS ainsi que le cadre de santé supérieur de la MAS

La mission menée par l'IRAS a pu accéder à tous les locaux, les documents, et a pu réaliser les entretiens sans écueils. L'impression ressentie lors de cette inspection par les membres de la mission est que la prise en charge de l'usager en soin notamment est optimisée.

L'établissement accueille au jour de l'inspection 58 usagers dont 55 en hébergement permanent et 3 en hébergement temporaire répartis sur 5 unités de vie comprenant chacun/au total 12 chambres. La nouvelle répartition des usagers au sein de ces unités est en cours, en lien avec la création d'une unité spécialisée en TND et TSA (trouble neurodéveloppement/ trouble du spectre autistique).

Le contrôle réalisé met en évidence plusieurs écarts réglementaires relatifs au projet d'établissement, au fonctionnement du conseil de la vie sociale, au respect des obligations de signalement ainsi qu'à la formation des personnels impliqués dans l'aide à la prise médicamenteuse. Par ailleurs, des points d'amélioration concernent la formalisation de certaines procédures, l'offre d'activités proposées aux résidents, la politique de formation continue ainsi que certains équipements nécessaires à la sécurité des usagers.

INTRODUCTION

Contexte de la mission d'inspection

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 ont la 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 individuelles et garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité des résidents et/ou usagers (article 311-3 CASF).

Une analyse d'indicateurs a classé la MAS Le PONANT, situé à 1 Chemin du Larris 91152 ETAMPES, Finess 910019215, parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

Modalités de mise en œuvre

Il a été réalisé par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF).

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] ARS Ile-de-France

Accompagnée par :

- [REDACTED] e

Ce contrôle a été réalisé sur site le 22 juillet 2025 à partir de 9 h 00, 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 :

- 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

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

² Sans annonce préalable à l'établissement

- Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Vie sociale et relationnelle
 - Hébergement
 - Champ de l'éducation
 - Champ thérapeutique
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

Présentation de l'établissement inspecté :



Implantée dans la ville d'ETAMPES, la maison d'accueil spécialisée (MAS) « Le Ponant » a été construite en septembre 2013, dans le parc de l'Établissement Public de Santé BARTHELEMY DURAND, institution dont elle fait partie. Conçue sur un niveau, de plain-pied, la MAS accueille jusqu' à [REDACTED]

Chacune des [REDACTED]

À l'URAT, l'unité comprend :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Les unités s'organisent autour d'une [REDACTED]
[REDACTED] d'animation.

Autour de la MAS, les espaces extérieurs, clos, sont constitués de vastes jardins avec terrasses.

La MAS hors URAT :

Ouverte tous les jours de l'année, 24 h/24, la MAS dispose de [REDACTED] places d'accueil permanent réservées au département de l'Essonne ([REDACTED] pour les 9 secteurs de psychiatrie adulte relevant de l'E.P. S Barthélemy Durand et 12 places pour les 7 autres secteurs du département).

Cette M.A.S répond au besoin d'un lieu de vie adapté pour des patients hospitalisés au long cours en service de psychiatrie, la plupart du temps en échec de prise en charge dans d'autres structures. Un travail en réseau avec les secteurs a été développé afin de permettre une prise en charge rapide en cas de décompensation.

De même, la M.A.S dispose de [REDACTED] places d'accueil temporaire en internat d'une durée de 90 jours par période de 12 mois par personne. Cet accueil permet de prévenir et répondre à l'épuisement de certaines familles par exemple.

Le public accueilli dans la M.A.S est principalement porteur de [REDACTED]

Au jour de l'inspection une unité de vie nommée [REDACTED] était en [REDACTED] public relevant du TSA et de troubles psychiques.

L'URAT :

Une unité renforcée d'accueil de transition de [REDACTED] ouverte 24 h/24, pour des adultes de plus de [REDACTED] en situations complexes de [REDACTED] été inaugurée au mois de juin 2025. Le premier résident a été accueilli [REDACTED] Une équipe dédiée a été recrutée pour accompagner les usagers.

Entité juridique et administrative :

FICHE D'IDENTITÉ	
Nom de l'établissement - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS MAISON D ACCUEIL SPECIALISEE	Catégorie de l'établissement - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS 255 - Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)
Date d'ouverture - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS 09/09/2013	Mode de tarification - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS 05 - ARS établissements médico-soc. non financés dotation globale
Numéro FINESS - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS 910019215	Statut juridique de l'EJ - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS Etablissement Public Départemental d'Hospitalisation PUBLIC
SIRET - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS 26910009500620	Mono-établissement - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS Non
Adresse - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS CHE DU LARRIS 91150 ETAMPES	Établissement Principal/Secondaire - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS FINESS Principal
Téléphone et e-mail - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS 01 69 92 53 59 mas@eps-etampes.fr	Date d'entrée en vigueur du CPQM - Mise à jour : 16/01/2025 - Source : IdB.Perf Non renseigné
Entité juridique de rattachement - Mise à jour : 02/07/2025 - Source : FINESS EJ - 910140029 - EPS BARTHELEMY DURAND	

Document 1. Fiche Hélios.

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	Observations ou commentaires						
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>L'autorisation</u>	<u>Les arrêtés d'autorisation successifs :</u> L'autorisation est en cours de validité et elle est respectée. Elle se décline comme suit : - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Le premier usager de l'URAT a [REDACTED] <u>Les [REDACTED] places d'accueil temporaire :</u> L'étude de l'état de présence pour 2024 et 2025 fourni à la mission ne note pas de dépassement des 90 jours à l'année par usagers. <u>La capacité installée :</u> La capacité installée est de au sein de la M [REDACTED] e : (source fiche Hélios, données CNSA) Capacité installée par activités médico-sociales Mise à jour : 02/07/2025 - Source : EINESS <table><tr><td>Nombre total</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Accueil temporaire avec hébergement</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Hébergement Complet</td><td>[REDACTED]</td></tr></table>	Nombre total	[REDACTED]	Accueil temporaire avec hébergement	[REDACTED]	Hébergement Complet	[REDACTED]
	Nombre total	[REDACTED]						
Accueil temporaire avec hébergement	[REDACTED]							
Hébergement Complet	[REDACTED]							
	1.1.2. <u>La population accueillie</u>	<u>Le nombre d'usagers :</u> La M.A.S dispose d'un agrément de [REDACTED] e la façon suivante : - [REDACTED] places pour des patients de l'Établissement Public de Santé Barthélemy Durand						

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																								
		<i>Tableau des mesures de protection (source calcul effectué à partir du tableau des effectifs fourni à la mission)</i> <table><tr><th></th><th>Nombre usagers présents</th><th>Genre</th></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <i>Pyramide des âges</i> Le résident Il ressort de l'analyse de ces données que la population est vieillissante. L'adaptation dans la prise en charge des usagers est un des objectifs en cours de réflexion, ce dans le cadre du CPOM. La formation des professionnels également est en cours d'adaptation afin que chaque spécificité du public accueilli soit prise en compte (développement de formation autour du bien vieillir notamment).		Nombre usagers présents	Genre	B																				
	Nombre usagers présents	Genre																								
B																										

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Document 2.</u> source calcul effectué à partir tableau des effectifs fourni à la mission  Le résident le plus ancien est arrivée au sein de la MAS le [redacted] le dernier le [redacted] L'usager le plus âgé est né en [redacted] le plus jeune en 2 [redacted] Il ressort de l'analyse de ces données que la population est vieillissante. L'adaptation dans la prise en charge des usagers est un des objectifs en cours de réflexion, ce dans le cadre du CPOM. La formation des professionnels également est en cours d'adaptation afin que chaque spécificité du public accueilli soit prise en compte (développement de formation autour du bien vieillir notamment). <u>La spécificité de la population accueillie :</u> [redacted] <u>Les modalités d'accompagnement développer pour accompagner ce public spécifique :</u> - La formation du personnel : • L'accompagnement éducatif du public adulte TSA • La communication avec le public TSA

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• L'outil de communication numérique individualisé • La prévention et la gestion des comportements-problèmes - La mise en place d'une évaluation des comportements-problèmes : • Échelle pour l'observation des comportements-problèmes d'adultes avec autisme (E.P.O.C.A.A). Elle permet une objectivation des comportements problèmes et d'amener des pistes d'amélioration de la prise en charge et de proposer un environnement adapté au sujet. • Grille d'observation clinique du comportement de type ABC (A pour Antécédents, B pour comportement, C pour conséquences). Elle est un outil de travail d'équipe permettant de faire l'étude d'un comportement spécifique, permettant d'avoir une représentation de la situation, pour mieux comprendre la nature et la fonction du comportement.
	1.1.3. <u>Le CPOM</u>	Le premier COPIL de [REDACTED] intégrant l'URAT. Concernant le volet transformation de l'offre il ressort des premiers constats : - L [REDACTED] - Réflexion sur le projet d'une place temporaire par unité, et deux places sur l'unité Coquelicot dont l'une pourrait être fléchée sur une sortie d'URAT ; - Réflexion sur le public vieillissant de la MAS ; - Aboutissement de l'unité Coquelicot et travail sur l'actualisation de l'agrément. Le projet d'établissement compte prendre en compte les volets définis dans le CPOM en déclinant alors les modalités fonctionnelles et opérationnels dans leurs modalités de fonctionnement.
	1.1.4. <u>Fonctionnement spécifique :</u> <u>L'URAT (unité renforcée d'accueil de transition)</u> <u>L'unité coquelicot (unité usagers polyhandicapés)</u>	L'URAT : (source, entretien avec la direction, le PV de conformité de l'URAT) <u>Le projet :</u> La Région Ile-de-France dispose de [REDACTED] d'un dispositif spécifique destiné à prendre en charge les situations complexes de personnes avec autisme et troubles envahissants du développement. Cette organisation s'articule autour de trois unités mobiles d'intervention (UMI), agissant en appui des institutions, des services demandeurs et au domicile, et d'une unité sanitaire d'accueil temporaire (USIDATU) située au Centre Hospitalier de la Pitié Salpêtrière.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La création d'unités renforcées d'accueil de transition pour personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme s'inscrit dans l'organisation régionale mise en œuvre pour éviter les ruptures de parcours des situations particulièrement complexes, en lien avec le dispositif spécifique UMIUSIDATU. Un appel à candidature pour la création d'unités renforcées d'accueil de transition (URAT) pour adultes présentant des situations complexes de troubles du spectre autistique a été publié auquel a répondu l'EPS BD qui a été retenu pour porter cette unité le [REDACTED] <u>Les objectifs :</u> - Répondre à des situations de crises ; - Analyser les « comportements-problèmes » de la personne accueillie, mettre en œuvre des réponses adaptées, proposer et accompagner vers un projet de vie, - Soutenir les aidants familiaux, - Accompagner les équipes des établissements médico-sociaux rencontrant des difficultés dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes du fait de troubles du comportement majeurs ; - Assurer le lien avec les partenaires extérieurs en vue de rechercher une cause somatique aux troubles du comportement. <u>Le fonctionnement de l'URAT :</u> L'URAT est pleinement intégrée à la MAS « Le Ponant » et bénéficie de la même gouvernance et du même principe de gestion que la MAS. L'unité fonctionne toute l'année, 365 jours par an et 24 heures sur 24. Les établissements d'origine devront s'engager à maintenir à disposition la place laissée temporairement vacante pour permettre un retour de la personne à l'issue de son séjour dans l'URAT. Ils pourront toutefois proposer une admission en accueil temporaire dans la structure médico-sociale, durant le temps d'hébergement dans l'unité. Des conventions sont établies entre l'établissement médicosocial d'origine et la structure d'accueil renforcé. <u>Un nécessaire développement du tissu partenarial :</u> Les partenaires visés et pour lesquels, au jour de l'inspection, les conventions ne sont pas formalisées sont : - [REDACTED] [REDACTED] a été signé en [REDACTED] abissant les différents volets de coopération. <u>L'unité [REDACTED]</u> (source : compte rendu de CVS, entretien avec les référents éducatifs et direction, pré projet) Elle a été ciblée afin d'accueillir un public porteur de handicap dont un diagnostic de psychose - troubles du neurodéveloppement (TND), et les troubles du spectre de l'autisme (TSA) a été évalué. Le projet de création de cette unité a [REDACTED] pour donner suite à un constat sur l'évolution de la population accueillie en lien avec les demandes d'admission. Les remontées des agents de terrain font état de multiplications des troubles et d'évolution des comportements, impliquant une évolution des besoins et de moyens à développer pour assurer une prise en charge optimisée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Le projet a fait l'objet, lors de la séance du CVS de [REDACTED] d'une discussion autour de l'accompagnement des résidents face au changement des locaux de l'unité pour permettre une prise en charge plus spécifique des résidents. Chaque famille a été reçu par les éducateurs référent afin que l'adhésion au projet soit recueillie et que chacun soit acteur dans le projet. En effet, au regard de la spécificité du public, le changement de lieu de vie, des habitudes, du voisinage, peut prendre du temps et l'équipe qui accompagne chaque usager a pris le parti de laisser le temps aux futurs usagers de cette unité de s'approprier les lieux. Pour cela, des temps d'activité sur l'unité, des aménagements selon les goûts des usagers ont été menés. Au jour de l'inspection, [REDACTED] ont identifiés comme étant des usagers « coquelicot », [REDACTED] Les leviers d'accompagnement au changement du lieu de vie du résident sont pris en compte et préparés en amont avec les familles et ou tuteurs. En vue de la signature du CPOM, un projet spécifique de cette unité est en cours de finalisation, le travail autour de ce projet implique tous les corps de métiers présents au sein de la MAS. Le pré projet a été remis à la mission.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement (RF)</u>	Le règlement de fonctionnement a été révisé en 2023 lorsque le projet de créer une unité dédiée à un public TSA TNS et relevant de troubles psychiatriques a été porté par la direction. Sa dernière révision ([REDACTED]) Il contient les dispositions obligatoires prévues dans le CASF dont les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service. Il est affiché dans la MAS, il est disponible dans les unités en affichage.
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE)</u>	Le projet d'établissement est caduc (2018-2023). En cours de rédaction, le prochain projet d'établissement prendra en compte les spécificités de l'URAT et de l'unité coquelicot. Écart 1 : Le projet d'établissement date de plus de cinq ans, ce qui contrevient à l'article L 311-8 du CASF³.

³ **Article L311-8** Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il désigne une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'État dans le département

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.7. <u>Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COPIL)</u>	La direction organise plusieurs réunions et modalités de diffusion des compte rendus ou décisions : <u>La réunion</u> [REDACTED] [REDACTED] à l'initiative de la directrice. <u>Conseil de direction MAS-URAT :</u> Il a débuté e [REDACTED] 5 et a lieu tous [REDACTED] afin de suivre l'organisation et les avancées de l'unité URAT. L'articulation entre la MAS et l'URAT est systématiquement à l'ordre du jour de la réunion. Elle permet de vérifier l'organisation, la vie de l'unité, la qualité apportée aux prises en charge. Y participent le médecin, le chef de service, le cadre éducatif, le cadre supérieur de santé et le responsable qualité. Le reporting auprès des équipes est effectué par le cadre supérieur de santé auprès des cadres de proximité de la MAS et par le chef de service pour l'URAT lors de sa réunion hebdomadaire avec ces équipes. <u>Une réunion d'information :</u> Une réunion d'information a lieu [REDACTED] Organisée pour tous les agents de la MAS, elle porte sur [REDACTED] ns en cours ou à venir. Une autre réunion d'information a lieu ur [REDACTED] permettant le [REDACTED] des équipes des actions et des projets en cours., Elle se déroule par unité ou par groupe d'unité et est menée par le cadre supérieur de santé. <u>Les réunions COPIL :</u> Elles s'effectuent en fonction des projets en cours dans l'établissement et la temporalité est définie par calendrier. <u>Les réunions de l'URAT :</u> Réunion projet et organisation : elle a lieu le m [REDACTED] poré les plannings de chaque résident. La réunion du vendredi matin de [REDACTED] pour but d'effectuer le bilan de la semaine. Un compte rendu de chaque réunion est disponible sur le réseau accessible à tous, sous l'onglet URAT -Compte rendu de réunion.
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe organisant les soins.</u>	<u>L'organisation des soins à la MAS (Hors URAT) :</u> L'ensemble des agents sont placés sous l'autorité du cadre supérieur de santé (faisant fonction dans l'attente de sa nomination au grade par arrêté, il exerce sa mission sur des grades successifs depuis 2017). Il effectue tous les plannings des unités après le retour des cadres de santé et de proximité. De [REDACTED] nt actuellement ouve [REDACTED] et en [REDACTED] ent. Le cadre de santé exerce une mission en proximité dans les unités, permettant ainsi une mise en œuvre des objectifs stratégiques au plus près des besoins des usagers. <u>L'équipe soignante est composée</u> [REDACTED] Un médecin coordonnateur intervient une fois par semaine dans chaque unité pour la réunion STAFF et auprès des résidents une fois par mois et au besoin. Il est à joindre en priorité pour chaque urgence. Une permanence des soins est assurée par le médecin de garde de l'EPS BD, la présence d'une infirmière de nuit permet d'assurer l'administration des traitements en urgence en cas de nécessité. <u>L'organisation de soins à l'URAT :</u>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		En journée, sur les heures ouvrées, le médecin coordonnateur est joint en priorité. L'équipe soignante est composée d'infirmiers [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] é Une permanence des soins est assurée par le médecin de garde de l'EPS BD, la présence d'une infirmière de nuit permet d'assurer l'administration des traitements en urgence en cas de nécessité. Il y est prévu selon les entretiens, le passage d'un médecin généraliste qui travaillera en lien avec le centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale et autisme, polyhandicap et handicap génétique rare. Le médecin praticien est également joignable en cas de nécessité 5 jours sur 7 de 9 h 00 à 17 h 00. Enfin en cas d'urgence, il est toujours possible de faire appel au médecin de garde de l'EPS BD. <u>Formation et diplômes :</u> Tous les agents de soins sont titulaires d'un diplôme correspondant à l'exercice de leur fonction. L'arrêté des agents n'est émis que lorsque le diplôme a été remis et vérifié. Les fiches de postes sont à l'origine transmises avec l'offre d'emploi édité et pour laquelle chaque agent en poste à portée candidature. Les évolutions des tâches à réaliser sont inscrites annuellement dans les évaluations professionnelles.
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u>	L'équipe éducative est composée de : - [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les affichages</u>	Les affichages suivants sont présents et visibles dans l'établissement : - Règlement de fonctionnement - Charte des droits et libertés de la personne accueillie - Arrêté d'autorisation - Horaires d'ouverture de la structure - Arrêté de dotation globale - Liste des personnes qualifiées - Les coordonnées du service d'accueil téléphonique, telles que :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• 3977 (écoute et d'accompagnement mis en place par les pouvoirs publics pour avertir d'une maltraitance à l'encontre d'une personne vulnérable, âgée ou handicapée) • ALMA (Allo Maltraitance) Sur un espace dédié, les affichages en lien avec le Conseil de vie sociale sont incomplets supra point 1.3.3, animation et fonctionnement des instances.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. <u>Le Conseil de vie sociale (CVS)</u>	Il existe un CVS depuis 2013. Il se réunit 4 fois par an (4 copies de procès-verbaux (PV) du CVS ont été adressés à la mission pour l'année 2024). Des élections ont été organisées en 2023. La présidente du CVS a déclaré à la mission que les séances du CVS se déroulent correctement et que l'information est correctement diffusée par la direction lors des réunions. Les PV du CVS ne sont pas affichés dans le hall. Ils sont affichés dans le couloir des bureaux du personnel. Cet affichage n'est pas facilement accessible pour les familles. Entre 15 et 20 familles sont très impliquées et présentes dans l'établissement. Écart 2 : Les PV du CVS ne sont pas affichés dans le hall. Ils sont affichés dans le couloir des bureaux du personnel. Cet affichage n'est pas facilement accessible aux familles. Cette situation contrevient à l'article D311-32-1⁴ du CASF. Il n'y a eu aucune candidature pour représenter les résidents lors des dernières élections. La nouvelle composition du CVS signée le 17 mars 2025 fait état d'un PV de carence relatif à l'élection de deux représentants des personnes accompagnées. La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation. En effet le CVS est composé de 7 membres : un représentant des familles, un représentant légal avec un suppléant des personnes accompagnées, un représentant des professionnels de l'établissement, un représentant de l'organisme gestionnaire, le médecin coordonnateur de l'établissement et un représentant de l'équipe médico soignante. Or la réglementation prévoit que le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. Et dans la composition actuelle ils sont 3 représentants des familles et représentants légaux contre 7 représentants au total.

⁴ Le relevé de conclusions des formes de participation mises en œuvre peut être consulté sur place par les bénéficiaires de la prise en charge, les familles ou les représentants légaux, les personnes chargées d'une mesure de protection juridique avec représentation, un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1, qui n'en sont pas membres.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 3 : Le CVS est composé de 7 membres dont 3 représentent les personnes accueillies et leurs familles. Ce nombre est inférieur à la moitié du nombre total des membres du conseil, ce qui contrevient à l'article D 311-5⁵ du CASF. Le règlement intérieur du CVS a été adressé à la mission. La mission constate certaines non-conformités dans le document : - Il n'est aucunement précisé que le président doit assurer l'expression libre de tous les membres du CVS ; - Le règlement intérieur n'établit pas « les droits et libertés des résidents » comme question pouvant être soumise à la consultation du CVS ; - Il n'existe aucune mention relative à la transmission des comptes rendus du CVS à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire et à l'autorité administrative compétente pour l'autorisation. Écart 4 : Il manque certaines mentions dans le règlement intérieur. Il n'est aucunement précisé que le président doit assurer l'expression libre de tous les membres du CVS, ce qui contrevient à l'article D. 311-9 du CASF. Le règlement intérieur n'établit pas « les droits et libertés des résidents » comme une question pouvant être soumise à la consultation du CVS, ce qui contrevient à l'article D. 311-15 du CASF. Il n'existe aucune mention relative à la transmission des comptes rendus du CVS à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire et à l'autorité administrative compétente pour l'autorisation, ce qui contrevient à l'article D. 311-20 du CASF.⁶ La direction propose aux résidents d'assister aux réunions du CVS. Le personnel propose de les associer avant chaque réunion du CVS. La mission a constaté que le bilan des événements indésirables (EI) est présenté deux fois par an au CVS. Ils évoquent les actions d'amélioration en lien avec les EI. Ils produisent un rapport d'activité du CVS (rapport d'activité du CVS 2023 et 2024 adressé à la mission).
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u>	Selon les déclarations, une enquête de satisfaction est réalisée une fois par an. C'est une enquête globale qui porte sur l'ensemble des prestations. Une synthèse des enquêtes de satisfaction est réalisée. Cependant les deux enquêtes de satisfaction reçues par la mission ne portaient que sur la restauration. Remarque 1 : Les enquêtes de satisfaction reçues par la mission ne portent que sur la restauration. Les autres thématiques ne sont pas abordées.

⁵ Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

⁶ Article D311-20 Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accompagnées ou, en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président. Il est transmis en même temps que l'ordre du jour mentionné à l'article D. 311-16 en vue de son adoption par le conseil. Il est ensuite transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire et à l'autorité administrative compétente pour l'autorisation. Chaque année, le conseil de la vie sociale rédige un rapport d'activité que le président du conseil de la vie sociale présente à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire de l'établissement.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.1. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>	Un projet d'établissement est en cours d'élaboration. Plusieurs documents liés à des groupes de travail relatifs au projet d'établissement en cours d'élaboration ont été adressés à la mission. L'ancien projet d'établissement a également été adressé à la mission. Celui-ci porte sur la période allant de 2018-2023. Il existe une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, formalisée dans le projet d'établissement (page 63 : « Promotion de la bientraitance et prévention contre la maltraitance »). Cette démarche est formalisée dans le projet d'établissement sous forme de différentes actions : - Promouvoir et développer une démarche de bientraitance dans le cadre du projet de vie du résident ; - Garantir le respect et les libertés individuelles des usagers ; - Prévenir les risques de maltraitance avec le psychologue de la structure : • Proposer des formations sur la bientraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM /HAS • Développer des groupes de parole, sous forme d'analyses des pratiques professionnelles (APP) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) - Prévenir les risques psycho-sociaux du personnel ; - Utiliser la procédure de signalement des faits de maltraitance (événements indésirables). Il existe une charte de bientraitance des résidents. Celle-ci a été adressée à la mission.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u>	Il n'existe pas de référent bientraitance dans l'établissement. Cependant des formations régulières sur la bientraitance sont proposées aux usagers chaque année. La psychologue a travaillé sur ces formations. Un accompagnement aux professionnels est proposé par l'établissement sur la thématique de la bientraitance. Ce sont des prestataires extérieures qui interviennent. Une analyse des signaux de maltraitance est réalisée par un comité de retour d'expérience. Lors d'une situation de maltraitance avérée d'un professionnel, signalée par ses collègues, celui-ci a été affecté dans un autre service afin de protéger la personne maltraitée. Un audit sur les bonnes pratiques relatives à la bientraitance serait prévu prochainement. Des temps d'analyses des bonnes pratiques sont mis en œuvre. Des formateurs extérieurs assurent de façon ponctuelle le travail d'accompagnement des groupes durant l'année. C'est un prestataire externe qui intervient deux ou trois fois dans l'année pour ce dispositif d'analyse des pratiques.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. <u>La bientraitance en pratique</u>	Lors des réunions de service les professionnels sont incités à signaler les actes de maltraitance et sont également incités à se former sur cette thématique. La direction a déclaré qu'il existe une procédure de signalement spécifique en cas d'agression. Cependant cette procédure n'a pas été adressée à la mission, en dehors de la procédure DATI (dispositif d'alarme pour travailleur isolé) bien utilisée par les professionnels. Cette procédure permet d'appeler d'autres professionnels en cas d'urgence. Elle est surtout utilisée lors de l'agression d'un résident par un autre résident. Ce type d'agression arrive de temps en temps dans l'établissement. La technique de contention n'est pas appliquée dans l'établissement. Chez les résidents atteints du TSA (trouble du spectre autistique) le risque de violence est plus élevé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mission a reçu le plan de formation 2023, 2024 et 2025. La mission constate que 42 agents ont suivi la formation sur la bientraitance en 2023, mais un seul agent a suivi cette formation en 2024, et aucun en 2025 pour le premier semestre. Le nombre peu élevé d'agents ayant suivi la formation bientraitance en 2024 interpelle la mission. Remarque 2 : En 2024 un seul agent de la MAS a suivi la formation bientraitance.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. <u>Les « comportements défis » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)</u>	La réponse aux comportements défis n'est pas formalisée dans le projet d'établissement. La direction considère que le recours à la procédure DATI est une réponse aux « comportements défis ». Les facteurs de risque et les facteurs de protection de chaque résident sont identifiés à leur entrée dans l'établissement par une évaluation conjointe entre les éducateurs et l'équipe médicale. La fiche « autonomie des résidents » reçue par la mission permet de prendre en compte les facteurs de risque identifiés. Des procédures spécifiques collectives de gestion des comportements défis ont été mises en place dans les unités. Il existe un temps d'échange en réunion avec les responsables d'équipe sur cette thématique. Une sensibilisation aux « comportements défis » est également effectuée par des formations liées à la bientraitance, mais celles-ci ne sont pas spécifiques à cette thématique, sauf celles qui concernent la violence des résidents. Il existe un module de formation « violence » proposé aux professionnels de l'URAT. Le compte rendu du CVS du 28 février 2024 met en avant la violence de certains résidents et relève le fait que c'est une problématique importante pour l'établissement. Remarque 3 : La réponse aux comportements défis n'est pas formalisée dans le projet d'établissement.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)</u>	Il n'existe pas de procédure spécifique pour déclarer un acte de maltraitance à l'ARS Ile de France. C'est la procédure relative aux EIG qui est utilisée.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>Les réclamations et enquêtes de satisfaction</u>	Il existe un registre des réclamations. Il est tenu par les cadres et l'agent d'accueil administratif. Le registre existe uniquement en format papier. Il n'existe pas en version numérique. Le registre des réclamations a été adressé à la mission. Le nombre de réclamations annuelles n'est pas très élevé. Le registre comporte 7 réclamations pour 2023 et 3 réclamations pour 2024. Ce faible niveau du nombre de réclamations interpelle la mission et interroge sur la communication qui est faite sur l'existence de ce registre auprès des familles des résidents.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Un bilan des réclamations est effectué une fois par an devant le CVS. Les familles qui viennent au CVS sont informées de ce registre. Les réclamations des usagers et des professionnels ne sont pas mélangées. Lorsqu'ils reçoivent un courrier de réclamation ils saisissent la réclamation dans le registre. De nombreuses réclamations sont effectuées oralement et sont résolues directement sans être inscrites dans le registre. Remarque 4 : La totalité des réclamations ne sont pas systématiquement inscrites dans le registre dédié.
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.2. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u>	Il existe une procédure de déclaration et de suivi des événements indésirables formalisée. Celle-ci a été reçue par la mission. Cette procédure précise l'ensemble des étapes relatifs à un événement indésirable, de la déclaration de l'événement, à son analyse et son traitement. Cette procédure ne fait pas référence à l'arrêté du 25 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales aux autorités administratives compétentes. La procédure n'évoque pas la déclaration des EI auprès des autorités compétentes. Cette procédure comporte aussi un préambule (page 2) qui est assez confus et peut générer des problèmes de compréhension pour les agents. Document 3. Extrait de la page 2 de la procédure des EI. et direction de l'établissement. Le signalement de l'événement indésirable grave se fera sur le même procédé que ci-dessous, mais dans un second temps, une fois le signalement grave réalisé. Remarque 5 : La procédure de déclaration des EI ne fait pas référence à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des EI par les structures sociales et médico-sociales aux autorités administratives compétentes. Cette procédure comporte un préambule (page 2) qui est assez confus et peut générer des problèmes de compréhension pour les agents. Les professionnels sont sensibilisés sur la thématique de la déclaration des événements indésirables par le biais de la messagerie professionnelle. Cependant certains professionnels ne vont jamais sur leur messagerie professionnelle et n'ont donc pas accès aux messages. Ils sont également sensibilisés lors de réunions par l'encadrement sur la procédure des EI. Certains professionnels s'adressent directement aux cadres lorsqu'ils souhaitent effectuer une déclaration. Une application informatique est utilisée pour déclarer les EI. Cependant certains professionnels malgré une certaine ancienneté dans l'établissement ne maîtrisent pas l'application et s'adressent aux cadres pour déclarer les EI. Certains agents rencontrent des difficultés à utiliser l'application et ne souhaitent déclarer les EI que par oral. Ils ont mis en place une session d'accueil pour les nouveaux arrivants, qui prévoit une formation sur la déclaration des EI. Cependant, cette formation n'est pas toujours réalisée dans le processus d'accueil des nouveaux arrivants.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.3. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u>	Selon la direction il y a une réponse systématique aux déclarations des EI. Elle estime que le niveau de détail de la réponse pourrait être amélioré. Selon les entretiens, il apparaît que certains agents ayant effectué une déclaration n'ont pas toujours obtenu un retour de la part de la direction. Cependant la majorité des agents interrogés ont obtenu un retour pour donner suite à une déclaration d'EI. Il existe un comité d'analyse des EI qui se réunit toutes les deux semaines. En réunion de service les responsables peuvent évoquer certains EI déclarés, notamment lorsque de nouvelles pratiques relatives aux EI sont diffusées. Remarque 6 : Certains agents ayant effectué une déclaration n'ont pas systématiquement obtenu un retour de la part de la direction.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>	C'est la direction de la qualité de l'EPS BD qui reçoit l'ensemble des éléments relatifs aux EI, qui décide de les qualifier en EIG, et qui effectue également la transmission des EIG aux autorités administratives. Aucune EIG n'a été déclarée par l'établissement à l'ARS Ile de France ces 5 dernières années. La mission a consulté le registre des EI pour 2024 et 2025. Elle a constaté que plusieurs EI relevaient d'un EIG et auraient dû être déclarés à l'ARS Ile de France. Il s'agit surtout de comportements violents d'un résident envers un autre résident ou d'un résident envers un professionnel. Il s'agit également d'erreurs médicamenteuses. Entre 2024 et 2025 il y a eu 5 erreurs médicamenteuses recensées et aucune d'entre elle n'a été signalée aux autorités. Plusieurs violences commises contre les professionnels et les résidents sont recensés dans le registre des EI : - [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Écart 5 : Plusieurs événements indésirables recensés entre 2024 et 2025, relevant de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, dont des violences sur des professionnels et des résidents, et des erreurs médicamenteuses, n'ont pas été transmis à l'ARS Ile de France. Cette situation contrevient à l'arrêté du 28 décembre 2016⁷ relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et à l'article L331-8-1⁸ du CASF.

⁷ Les dysfonctionnements et événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles relèvent des catégories suivantes :^{4°} Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;
^{10°} Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ;

⁸ Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

2. Fonctions support

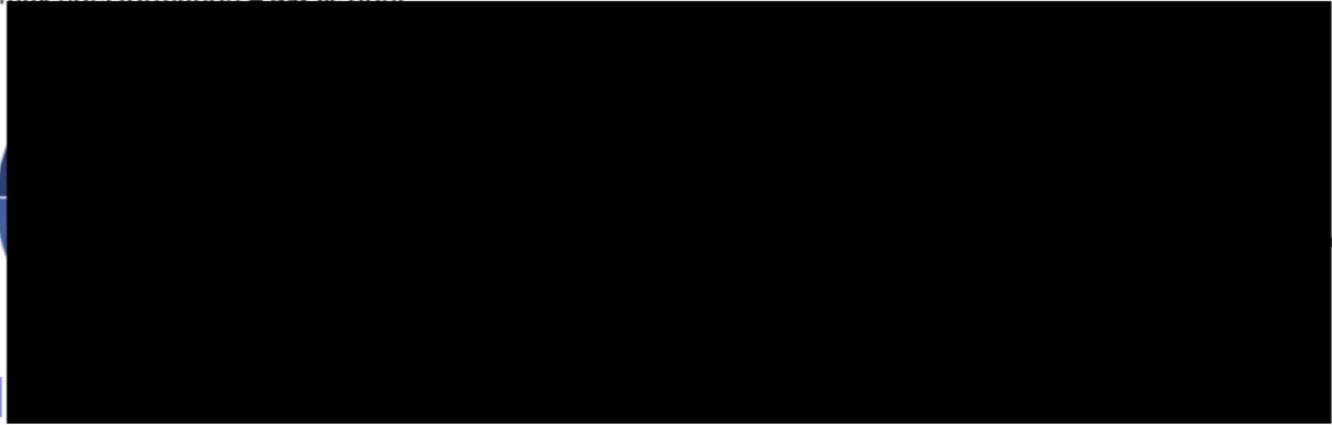
2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Observations ou commentaires			
	2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u>	L'effectif total (validé ERRD 2024) toutes catégories socio professionnelles confondues s'élèvent au jour de l'inspection à 17 ETP pour l'URAT et 88 ETP pour la MAS hors URAT, et sont répartis comme suit : <i>Sources (ERRD 2024, RUP, Planning des professionnels juin juillet aout 2025)</i> <u>L'effectif médical et soignant : MAS hors URAT</u>			
		Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation
		[REDACTED]	1 [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		<u>L'effectif médical et soignant : URAT</u>			
		Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation
		P [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED] AS

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires			
		Les professionnels de nuit : l'effectif est inclus dans l'effectif globale décliné précédemment.			
		Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation
		Aide			
		Une formation spécifique est mise en œuvre pour les professionnels de nuit. Les remplacements ne sont effectués que par les salariés ayant effectué la formation, à savoir, un temps en journée auprès de l'unité sur laquelle le salarié va effectuer la nuit, une nuit en formation avec les salariés de nuit, une formation au SSI (système de sécurité incendie), et une formation aux gestes d'urgence.			
	2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe administrative et de la direction de la structure</u>	Les profils et effectifs des professionnels administratifs et techniques salariés de la structure sont :			
		Fonction	type de contrat	Formation ou diplôme	Observation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																									
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.2. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure</u>	1 habilitation																									
		<i>*Répertoire national des certifications professionnelles</i> Une réunion se tient une fois par trimestre avec les agents techniques, elle est menée par la directrice délégué et le cadre supérieure de santé.																									
		L'effectif socio – éducatif : <table><tr><th>Fonction</th><th>Type de contrat</th><th>Formation ou diplôme</th><th>Observation</th></tr><tr><td>É</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Une assistante de service sociale commune à l'EPS BD peut être sollicitée par les familles et les référents parcours de chaque usager. En cas de situation sociale dégradée elle est notamment amenée à solliciter des partenaires départementaux ou associatifs.				Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation	É																	
Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation																								
É																											
	2.1.3. <u>Poste vacant</u>	L'établissement a déclaré aux autorités de contrôle et de tarification :																									
		Au jour de l'inspection, les postes vacants sont au nombre de 7.3 ETP toutes catégories professionnelles confondues et qui se déclinent comme suit : <table><tr><th>Fonction</th><th>ASH</th><th>AMP/AES</th><th>IDE</th><th>Ergo</th><th>A. Technique</th><th>Médecin P</th><th>IDEC</th></tr><tr><td>Nombre</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3 ETP</td><td></td></tr></table> En comparaison au taux de CDD (moins de 3 mois) qui selon la déclaration aux autorités de contrôle et de tarification ci-dessous et l'étude du RUP fourni à la mission, le remplacement des postes vacants ne s'effectue pas par le recours à des intérimaires ou CDD court mais par les professionnels de l'EPS BD, ou				Fonction	ASH	AMP/AES	IDE	Ergo	A. Technique	Médecin P	IDEC	Nombre	1					3 ETP							
Fonction	ASH	AMP/AES	IDE	Ergo	A. Technique	Médecin P	IDEC																				
Nombre	1					3 ETP																					

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires								
		volontaires pour effectuer des heures supplémentaires ou faisant partie du pôle des agents de remplacements de l'EPS BD. Cela permet d'assurer une continuité dans les pratiques. Le socle de formation étant commun à tous les agents de l'EPS BD. Nombre de CDD de remplacement Mise à jour : 16/01/2025 - Source : IdB.Per.f <table><tr><td>2020</td><td>o</td></tr><tr><td>2021</td><td>o</td></tr><tr><td>2022</td><td>o</td></tr><tr><td>2023</td><td>o</td></tr></table>	2020	o	2021	o	2022	o	2023	o
2020	o									
2021	o									
2022	o									
2023	o									
	2.1.4. <u>Politique de fidélisation</u>	La politique de fidélisation de l'établissement, permet de rendre attractif la prise de poste, et ce à partir des leviers suivants : - Aide au logement, l'établissement a une convention cadre avec un bailleur qui permet de loger les agents à proximité de l'EPS BD. - Un centre de formation des IDE et AS rattaché à l'EPS BD. La politique de recrutement de l'établissement : Elle est considérée par la mission comme proactive. À savoir, l'EPS BD a développé des outils de recrutement permettant de rendre lisible les offres de recrutement en multipliant le dépôt de ces dernières sur plusieurs sites spécialisés. Ils organisent ou sont présents lors des forums de recrutement, et une politique de fidélisation a été mise en œuvre depuis 2023. Un agent qui satisfait et qui [REDACTED] e voit proposer un CDI (pour les professionnels qui ne pourraient satisfaire aux conditions d'accès à la fonction publique), ou un accès simplifié à la stagiairisation. Via le dispositif nommé Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique (Pacte).								
	2.1.5. <u>Qualification des professionnels</u>	La qualification des professionnels est conforme aux missions qui lui sont confiées conformément aux dispositions réglementaires [(D344-5-14 CASF (professionnels diplômés), L312-1 (II alinéa 4) CASF (qualification des professionnels)]								
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Le taux d'absentéisme des professionnels</u>	Au jour de l'inspection, [REDACTED] nt en absence longue (conges formation, accident de travail, congés maternité sur les [REDACTED] de la MAS hors URAT). Les éléments déclarés aux autorités de contrôle et de tarification sont comme suit pour l'année [REDACTED]								

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Taux hors formation = 9.3 % dont  nelles Au regard de ces éléments, le taux d'absentéisme est inférieur à 1% le médian régional étant de 1% (Source CNSA).
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Le taux de rotation des professionnels</u>	Le graphique ci-après déclaré par l'établissement auprès des autorités de contrôle et de tarification permet de définir que le taux de rotation des professionnels  Taux de rotation du personnel sur effectifs réels 
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>	Situé au sein du pôle ressources humaines de l'EPS BD, l'accès à ce bâtiment est réglementé. L'accès au dossier professionnel de l'agent peut se réaliser sur demande. Il contient les éléments en lien avec la situation personnelle et administrative de l'agent. Les évaluations annuelles y sont déposées ainsi que les diplômes, inscription aux ordres et les éléments de probité des agents (Bulletin B 2) sont systématiquement consultés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>Le plan de formation des professionnels</u>	Le plan de formation est commun à tout l'EPS BD. Il est à noter que l'établissement bénéficie du label QUALIOPI et dispose sur site d'école de formation des aides-soignants/es et d'infirmier /e. Adhérent à l'association nationale de formation de la fonction publique hospitalière le catalogue de formation proposé aux agents offre un nombre de formations importantes. L'objectif de la direction de la MAS est qu'à l'horizon 2026, les agents soient tous formés à la promotion de la bientraitance et à la gestion des situations problèmes. Les professionnels ont accès aux formations relatives : - Aux gestes d'urgence (AFGSU2) : tous les soignants disposent de cette formation renouvelée. - A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance : le catalogue de formation propose deux formations, les agents rencontrés sur site ont pu décrire que le format choisi pour sensibiliser à ce thème (sur une demi-journée) leur permettait d'y participer sans que cela viennent impacter leur emploi du temps. Cette formation est notée comme à privilégier dans les évaluations annuelles des agents, étudiées sur site. - Aux troubles du comportement et/ou sensoriels : il est prévu que des liens soient faits avec le CRESAM, ce thème est travaillé en continu lors des réunions hebdomadaires ou mensuelles - Aux « comportements problèmes » : l'équipe présente à l'URAT a commencé la formation en lien avec la désescalade de la violence, elle est menée par un formateur nommé OMEGA. - Aux communication alternatives (Makaton, PECS,) : les formations TSA et éducation structurée ont été suivies par tous les agents de la MAS en avril 2025 (émargement fourni). Un projet est en cours : renforcer le dispositif EMERI (équipe mobile renfort EPS et intervention) qui a pour but de venir en renfort aux professionnels en cas de crise d'un usager et qui sont formés à la prise en charge d'usager en situation de violence. Son effectif va augmenter par la formation de référents en interne. La formation à l'aide à la prise des médicaments par les AS et AES/AMP n'est pas mise en œuvre au sein de la MAS. Elle existe dans le catalogue de formation mais elle n'est pas ouverte au AS-AMP-AES et ne concerne que les infirmiers. Écart 6 : L'établissement ne procède pas à la formation des AS et AES/AMP à l'aide à la prise des médicaments, ce qui contrevient à l'article L313-26 CSP⁹.

⁹ Article L313-26 Version en vigueur depuis le 23 juillet 2009 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	Observations ou commentaires														
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>Analyse des plannings</u> <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u>	<u>Organisation du temps de travail par catégorie socio professionnel :</u> <u>AS -AMP-IDE :</u> Les planning sont effectués sur un logiciel dédié . Ils sont finalisés et validés par le cadre supérieur de santé, suite aux remontées et desideratas des agents. Ils sont réalisés en amont (3 mois avant) et mis à disposition sur le réseau commun à tous. Les cycles possibles et communs à tous les corps soignants : <table><tr><td>Cycle 1</td><td>Cycle 2</td><td>Cycle 3</td><td>Cycle 4</td><td>Cycle 5</td><td>Nuit</td><td>Week end</td></tr><tr><td>7h00/14h36</td><td>8h30/16h06</td><td>9h36/17h12</td><td>14h/21h36</td><td>13h/20h36</td><td>21h15/7h15</td><td>1 sur 2 travaillé</td></tr></table> <u>AHH -ASH :</u> 8h30/16h30 ou 10h/18h week end compris . <u>Direction – encadrement :</u> arrivée à 9h00 sur site . Corps éducatifs , cadre intermédiaire: 9h00/ 17h00 . <u>Organisation générale du planning des professionnels:</u> Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent aux effectifs prévus sur les plannings. Les plannings réalisés et prévisionnels permettent une prise en charge homogène, sans écart majeur du nombre de professionnels d'un jour à l'autre. Ils permettent également un temps de transmission orale entre chaque changement de service et de professionnels.	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5	Nuit	Week end	7h00/14h36	8h30/16h06	9h36/17h12	14h/21h36	13h/20h36	21h15/7h15	1 sur 2 travaillé
Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5	Nuit	Week end										
7h00/14h36	8h30/16h06	9h36/17h12	14h/21h36	13h/20h36	21h15/7h15	1 sur 2 travaillé										
	2.1.11. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u>	La procédure a été consultée sur place. Deux fois par an, les nouveaux arrivant sont conviés à une réunion plénière afin de les familiariser avec le fonctionnement global de l'EPS BD. Les nouveaux arrivants quel que soit leur statut et la durée de contrat, sont pris en charge par un parrain ou marraine au sein de l'unité d'intervention. Ces derniers sont des volontaires, du même grade et fonction que le nouvel arrivant. Ils sont accompagnés durant les 15 premiers jours en effectuant leur tâche en binôme. Un point d'étape est réalisé au bout de 15 jours et un plan de soutien est élaboré en cas de besoins.														
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>Les glissements de tâches</u>	Il n'existe pas de glissement de tâches ni induit par le fonctionnement de l'établissement ni par le gestionnaire. Les diplômes et la probité des agents étant vérifiés en amont de l'édition de l'arrêté, l'agent qui prend ses fonctions a une mission qui correspond à sa formation.														

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3- Gestion d'information	2.2.1. <u>Le support et le contenu des dossiers de soins et médicaux des usagers</u>	Les dossiers de soins et médicaux sont informatisés. Un changement de système informatique est prévu pour [REDACTED] pour cela des formations sont programmées et [REDACTED] ont été détachées pour accompagner le personnel afin de permettre une appropriation plus rapide et plus fluide.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		En l'absence de médecin dans l'équipe d'inspection, les dossiers médicaux n'ont pas pu être consultés. Cependant, selon l'entretien avec le médecin coordinateur de la structure : - [REDACTED] pour réévaluation ou changement quel qu'il soit mais pas systématiquement à rythme défini car les usagers de - [REDACTED] La traçabilité des actes d'accompagnement ainsi que les soins des professionnels est effective, et ce en continu En revanche, le système utilisé ne permettant pas, à ce jour, la réalisation en temps réel (mis à part à l'URAT), la traçabilité est réalisée à posteriori. La traçabilité médicamenteuse est réalisée via le logiciel du DPI. L'évaluation et la traçabilité de la douleur sont effectuées systématiquement pour chaque usager ; les outils utilisés sont l'EVA et l'échelle visage pour les dyscommunicants.
	2.2.2. <u>Les prescriptions</u>	Les prescriptions sont uniquement informatisées et réactualisées par [REDACTED] intervenant au sein de la MAS. Elles sont conformes. Au jour de l'inspection, aucun usager n'était sous stupéfiant.
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</u>	Les droits ouverts pour accéder au contenu du dossier de soins informatisé contenant les données médicales des usagers sont réalisés en fonction de la catégorie professionnelle et des codes d'accès sont donnés à chacun des professionnels, ce qui permet la sécurisation de ces données et le respect du secret professionnel. L'établissement a fourni à ce sujet un document qui indique précisément les droits ouverts à chaque membre du personnel sur le logiciel DPI de chaque usager.

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

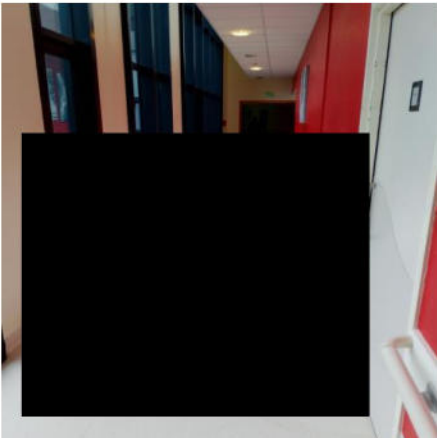
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u>	Le carnet de travaux a été consulté sur site, les interventions sont réalisées par l'équipe technique du site EPS BD et un agent est référent de la MAS. Les vérifications périodiques (électrique, extincteur, légionellose) sont à jour.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u>	Les locaux sont conformes pour les PMR en matière de : - Accessibilité (un plan est fourni à l'accueil des usagers du site EPS). - Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs sont larges permettant la circulation de fauteuil par exemple. - L'établissement est de plain-pied.

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1. <u>La salle d'apaisement, de retrait</u>	<u>Au sein de la MAS :</u> Actuellement il n'y a pas de salle d'apaisement fonctionnelle et donc pas d'utilisation . La salle Snoezellen est parfois utilisée comme salle d'apaisement. Une autre local est envisagé pour mettre en place une nouvelle salle d'apaisement. Il existait une procédure pour l'utilisation de l'ancienne salle d'apaisement. Celle-ci a été adressée à la mission. Elle prévoit une durée de 15-20 minutes renouvelable pour un résident en crise. Il est prévu que le résident soit accompagné par un professionnel dans la salle de retrait. <u>Au sein de l'URAT :</u> La gestion des comportements problèmes au niveau de l'unité, s'effectue par les professionnels qui ont bénéficié d'une formation (toujours en cours au jour de l'inspection et qui sera élargie à l'ensemble des agents intervenants à la MAS) Le personnel est formé à la mise en oeuvre coordonnée d'une prise en charge éducative structurée. Le projet d'établissement, caduc au jour de l'inspection, fait état de la présence d'un espace calme/retrait dont le fonctionnement s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM et particulièrement le volet 3 portant sur les espaces de calme-retrait et d'apaisement adopté au 31 janvier 2017 et sur des retours d'expérience. Le retrait est pensé comme une stratégie de protection en cas de mise en danger et reste très limité. Un processus décisionnel de recours à l'espace « calme-retrait » est formalisé pour l'ensemble des professionnels et tracé dans le dossier de chaque résident pour garantir une cohérence et une continuité de la démarche de prévention en amont de la crise potentielle. Enfin, un protocole individualisé de recours à l'espace « calme-retrait » est renseigné, en concertation avec le résident, les proches, les équipes paramédicales et éducatives. Ces dispositions tendent à être développées sur l'ensemble de la MAS .

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. <u>L'aide à la prévention des chutes</u>	Il existe des barres d'appui et des bancs dans les couloirs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Document 4. Photo prise sur site le jour de l'inspection.</u> 
2.5. Sécurité	2.5.2. <u>La prévention des sorties inopinées</u>	Il [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
2.5. Sécurité	2.5.3. <u>Les appels-malade</u>	Il existe des appels malades. Il ressort des entretiens menés sur site et de tests réalisés (sur 8 chambres testées 3 sont non fonctionnels le jour de l'inspection) que les appels malades ne sont pas fonctionnels et opérants. Les professionnels considèrent qu'ils sont peu utiles car les résidents sont mobiles et ne les utilisent pas. Selon la direction les appels malades qui fonctionnent sont peu utilisés. Elle ne sait pas combien d'appels malades fonctionnent au jour de l'inspection et ne connaît pas les chambres concernées. Il existe 3 profils grabataires dans la MAS qui nécessiteraient un appel malade mais la direction ne sait pas s'ils sont dans une chambre disposant d'un appel malade fonctionnant. Il ressort des entretiens réalisés avec les professionnels de soins qu'une attention est portée auprès des résidents qui ne sortent pas de leur chambre, par des rondes fréquentes, à minima une fois par heure et plus selon l'état du résident. En journée les résidents sont incités à participer aux temps partagés dans les salles communes par unité.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 7 : L'établissement ne dispose pas d'appel malade fonctionnel ce qui impacte la sécurité du résident notamment les usagers âgés ou grabataires ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF.¹⁰
2.5. Sécurité	2.5.4. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u>	Un EIGS a eu lieu il y a 2 ans, un CREX a alors été réalisé et a mené à modifier certains points de l'identitovigilance : - Photo et étiquette avec identité de l'usager apposées sur chaque pilulier - Identification des gobelets pour traitement hors pilulier et réalisation de la préparation et distribution au moment de la prise - La charte d'identitovigilance est affichée dans l'infirmerie à l'intention des professionnels. Une réunion CREX a lieu tous les 4 mois., les CR ont bien été fournis à la mission. Au jour de l'inspection sur site, il a été vérifié que dans chaque unité les photos du résident sont présentes sur la porte d'entrée des chambres. Les professionnels sont également repérables par un trombinoscope disponible dans chaque unité à destination de tous les usagers. Concernant l'URAT, les modalités d'identification des lieux de vie des résidents sont identiques à celle des autres unités de la MAS.

¹⁰ Article L311-3Version en vigueur depuis le 10 avril 2024Modifié par LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 - art. 11L'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. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>L'admission</u>	Il existe une procédure d'admission qui décrit les étapes du processus d'admission. Celle-ci a été reçue par la mission d'inspection. La procédure d'admission ne donne pas de liste exhaustive et précise des professionnels composant la commission d'admission pluridisciplinaire. Remarque 7 : La procédure d'admission ne donne pas de liste exhaustive et précise des fonctions des professionnels composant la commission d'admission pluridisciplinaire. Lorsque la MAS a reçu le dossier d'un usager potentiel celui-ci est inscrit à la prochaine commission d'admission. Les dossiers reçus par les secrétaires ne font pas l'objet d'une sélection. Celle-ci est réalisée uniquement par la commission d'admission. Selon les entretiens, la commission d'admission est composée du directeur, des éducateurs, une IDE, le médecin, coordonnateur des assistants sociaux, la psychologue et l'ergothérapeute. Lorsqu'une admission est validée et qu'une date d'entrée est prise, le tuteur du résident est informé. Il existe des critères de refus d'admission pris en compte par la commission d'admission (clauses d'interruption de séjour contenu dans le contrat de séjour) : incompatibilité de comportement, éloignement géographique, évolution non positive (devenu violent ou fugueur). L'équipe pluriprofessionnelle observe le résident pendant les 3 premiers mois de prise en charge et oriente le résident vers une autre structure si son comportement n'est pas considéré compatible avec le fonctionnement de la structure. Certaines personnes sont admises en accueil temporaire pour s'assurer que leur comportement est compatible. Mais d'autres résidents sont directement admis en accueil permanent. Écart 8 : L'équipe pluriprofessionnelle observe le résident pendant les 3 premiers mois de prise en charge et oriente le résident vers une autre structure si son comportement n'est pas considéré comme compatible avec le fonctionnement de la MAS. Cette situation contrevient à l'article L241-6-Titre III¹¹ du CASF. Ils ont souvent peu de places disponibles, l'unité coquelicot ne disposant que de 12 places. pour accueillir les personnes atteintes de TSA. Pour pallier le manque de places disponibles ils proposent parfois une place en accueil temporaire en attendant qu'une place se libère.
	3.1.2. <u>Le contrat de séjour</u>	Le contrat de séjour est complété lors de l'admission du résident mais il est signé 15 jours après (pour laisser un temps de réflexion au résident et à son représentant légal). L'usager est associé à la démarche d'admission afin de rechercher son consentement. On lui expose ses droits et ses devoirs. Le contrat

¹¹ L'établissement ou le service ne peut mettre fin, de sa propre initiative, à l'accompagnement sans décision préalable de la commission. Lorsque l'évolution de son état ou de sa situation le justifie, l'adulte handicapé, ou, s'il n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, en tenant compte de son avis, les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé ou l'établissement ou le service peuvent demander la révision de la décision d'orientation prise par la commission.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		de séjour contient des clauses d'interruption du séjour. Le contrat de séjour (plusieurs exemplaires reçus par la mission) expose les objectifs de la prise en charge et les prestations adaptées proposées. La participation de la personne et de son représentant légal aux réunions et aux décisions la concernant est également formalisée. Dans l'article 3 du contrat de séjour il est prévu une période d'adaptation de 3 mois pendant laquelle les deux parties sont libres de rompre le contrat. Cette clause est surtout à l'avantage de l'établissement et est illégale comme précisée précédemment car elle ne précise pas que cette rupture dans l'accompagnement doit faire l'objet d'une décision préalable de la CDAPH. Article 3 : Période d'adaptation Il est établi une période d'adaptation d'une durée de 3 mois à compter de l'admission. Durant cette période, les deux parties sont libres de rompre le présent contrat si l'une ou l'autre d'entre elles constatait une inadaptation tant dans les services proposés que dans les besoins de prise en charge de la personne accueillie. La mission d'inspection a consulté 6 dossiers résidents. Ces dossiers contenaient tous un contrat de séjour signé, une notification MDPH et un tuteur désigné.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. Les médecins traitants	A [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. Les transmissions inter équipes	Des transmissions orales sont effectuées [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] elles sont effectuées informatiquement dans le dossier de soin du résident.

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.1. Les Projets individualisés	Il n'existe pas de procédure formalisée pour la production du projet pédagogique individualisé (PPI). La mission a seulement reçu un planning des synthèses de PPI annuel. Les PPI sont pilotés par le médecin et la neuro psychiatre. Les éducateurs, AS, AMP, médecin, infirmiers, ergothérapeute, participent à leur élaboration. Ils sollicitent les familles pour participer à la réunion d'élaboration du PPI.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>d'accompagnement (PIA) :</u>	Les PPI sont actualisés tous les ans en totalité. Cela représente une quinzaine de dossiers par trimestre. Il y a un référent éducateur PPI pour 12 résidents, soit [REDACTED]. Le calendrier d'élaboration des PPI est piloté par le médecin praticien. La mission a consulté [REDACTED]. Ils contenaient la notification MDPH, le contrat de séjour et la mention d'un proche référent. Les PPI actualisés ne figuraient pas dans les dossiers résidents consultés. Ils ont été adressés ultérieurement à la mission. Le [REDACTED] ont bien été actualisés en 2025 et contiennent tous des mesures à suivre par les professionnels. Il existe un référent [REDACTED] par unité qui est l'interlocuteur des familles et fait le lien entre tous les acteurs agissant auprès du résident. Remarque 8 : Il n'existe pas de procédure formalisée pour l'élaboration et la rédaction du projet pédagogique individualisé (PPI).

3.3. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.3.1. <u>Relations avec les familles</u>	[REDACTED] [REDACTED] ment associées à l'ensemble des projets par cette instance. La communication entre les familles et les résidents est réalisée par la messagerie électronique. Les tuteurs professionnels (qui concernent peu de résidents) peuvent aussi être sollicités. Une fête annuelle est organisée avec les familles. Une réunion est organisée avec l'UNAFAM sur le thème du répit pour les aidants. Il n'existe pas pour l'instant de journée porte ouverte. Il existe un local dédié aux familles à l'unité 6 de l'URAT. Mais il n'existe pas de local dédié dans les autres unités. Familles et résidents se retrouvent dans la salle polyvalente.
	3.3.2. <u>Animation</u>	L'animation est intégrée dans le projet d'établissement. Elles y sont décrites de manière détaillée. Les éducateurs gèrent les animations, ainsi qu'une AMP. Il n'y a pas d'animateur dédié aux animations. Il existe à la fois un programme commun entre les 6 unités et un programme spécifique à chaque unité. Il existe un calendrier d'activité pour chaque unité et un calendrier global. Il existe des activités intérieures (contes, jeux de société, films) et des activités extérieures (des activités sportives (vélo et piscine), des balades, et des randonnées). Il y a aussi une activité jardinage, cinéma, cuisine, médiation animale. Ils organisent et fêtent les anniversaires des résidents, avec un cadeau pour ceux-ci. Ils ont des activités fixes qui reviennent régulièrement : sport, culinaire, lecture, cinéma, et d'autres activités sont plus ponctuelles. De nombreux prestataires externes interviennent pour les activités (jardinage, médiation animale). Ils organisent également des séjours en bord de mer. Des séjours thérapeutiques permettant de changer d'environnement, 3 ou 4 séjours par an, sont également organisés [REDACTED] ur partent avec deux professionnels). En moyenne, selon les entretiens avec les professionnels, il y aurait u [REDACTED] pendant lors d'entretiens avec des usagers, il existerait un décalage entre les animations affichées et la réalité des activités réalisées. Ils estiment qu'il y aurait environ 2 [REDACTED] ce qui n'est pas suffisant au vu de la forte demande des usagers. Ce chiffre s'expliquerait par un personnel trop réduit consacré aux activités.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		L'établissement dispose d'un véhicule type utilitaire, [REDACTED] [REDACTED] Remarque 9 : Le nombre d'activités paraît insuffisant au regard des demandes des usagers et les plannings d'activité sont en décalage avec les activités réellement réalisées.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.3.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>	Des échanges sur la vie relationnelle, affective et sexuelle sont organisés lors de l'arrivée des résidents. Il existe une procédure sur le respect des droits et de l'intimité. Pour l'accompagnement gynécologique, ils orientent les femmes vers des professionnels extérieurs. Elles sont toutes suivies.

3.4. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.4.1. <u>La restauration</u>	Chaque unité possède une salle à manger propre pour s[REDACTED] les repas, qui arrivent dans les chariots directement de la cuisine centrale de l'EPS BD, sont servis aux horaires suivants : - le petit déjeuner : à partir de 9h et jusqu'à 10h - le déjeuner : à partir de 12 h et jusqu'à 13 h - le goûter : vers 16 heures - le dîner : à partir de 18h45 et jusqu'à 19h45
	3.4.2. <u>Les régimes et les textures</u>	Il y a très peu de textures modifiées prescrites nécessaires et les régimes sont bien prescrits par le médecin. Le suivi, en lien avec la cuisine centrale, est effectué par [REDACTED] l'une s'occupe davantage de la restauration, l'autre des séances d'éducation thérapeutique liées à l'alimentation. Elle sont amenées à se déplacer sur demande ou lors d'intervention dans le programme d'éducation thérapeutique sur la partie alimentation. Le menu « hypocalorique » s'est transformé en menu « hypocholestérolémiant » depuis cette année. La gestion des menus est réalisée sur fichier excel avec des menus pré-définis selon les régimes des usagers ou à la demande de cas particulier comme par exemple « eau pétillante »..
	3.4.3. <u>Les troubles de la déglutition</u>	Les risques éventuels de fausse route sont repérés par les IDE, les usagers de la structure n'y sont pas particulièrement sujets. Il n'y a pas de formation dispensée au personnel à proprement parlé mais il existe une procédure (MAS-QHS-DOC-004) intitulée : « trouble de la déglutition, dysphagie, fausse route iatrogène » qui n'a pas été remise à la mission. Remarque 10 : Le personnel n'a pas reçu de formation sur les troubles de la déglutition et la procédure afférente à ce sujet n'a pas été fournie à la mission.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.4.4. <u>Le suivi de l'état nutritionnel</u>	Le suivi nutritionnel poids+IMC est tracé 1 fois/mois dans le dossier de soins pour chacun des résidents. Dans le document de suivi, on constate qu'une dizaine de résidents se trouve en surpoids malgré que les éducateurs spécialisés animent des activités éducatives sportives (handisport) pour favoriser le maintien du poids et éviter le surpoids. L'un d'entre eux a d'ailleurs reçu une formation de 5 jours en juin 2025 intitulée « activités physiques adaptées aux personnes handicapées mentales ou psychiques. » dont l'attestation a été transmise à la mission.

3.5. Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	3.5.1. <u>L'organisation des activités éducatives</u>	Le PPI prévoit un certain nombre d'objectifs à atteindre sur le périmètre éducatif. Des besoins sont évalués et identifiés pour chaque résident. Il existe une activité d'autonomisation prévue et accompagnée par les professionnels. Sous l'intervention de l'ergothérapeute, les professionnels travaillent certains aspects de l'autonomie de la vie quotidienne. Des activités ludiques et culturelles sont également planifiées. Il existe aussi une « cité culturelle » dans le centre hospitalier : art, théâtre, danse, dont peuvent profiter les résidents.

3.6. Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.6.1. <u>La coordination des soins</u>	Plusieurs membres du personnel assurent la coordination des soins : - Une IDEC (sur la MAS depuis 2018) est en poste à 80% (absente le mercredi) pour formation depuis le mois de juin 2025 - Un cadre de santé - Un cadre socio-éducatif sur l'URAT - Un faisant-fonction cadre supérieur de santé Ces professionnels animent des réunions dont les CR ont été fournis à la mission. L'encadrement réalise une supervision active.
	3.6.2. <u>La continuité des soins</u>	La permanence des soins est assurée de manière continue mais la présence d'IDE n'est pas effective la nuit. Pour l'ensemble des unités, on recense chaque nuit une équ [REDACTED] La transversalité au sein des unités n'est effective que pour les IDE en journée.
	3.6.3. <u>Les missions médicales</u>	Un méco [REDACTED] assure la globalité des missions médicales de la MAS et également d'autres missions au sein de l'EPS. Il est présent sur la MAS tous les mercredi depuis l'ouverture en 2013.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		Concernant la commission d'admission : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] EPS BD si besoin notamment pour harmoniser la composante somatique avec la composante neuropsychiatrique.
	3.6.4. <u>Le dossier de liaison d'urgence (DLU)</u>	Les DLU sont bien élaborés pour chaque usager et la mission a pu constater qu'ils sont parfaitement actualisés. Un classeur avec les DLU imprimés est présent au sein de l'infirmierie centrale.
	3.6.5. <u>L'infirmierie</u>	Il existe bien une infirmierie centrale au sein de la structure dont l'accès est sécurisé par badge, ainsi qu'une infirmierie propre à l'URAT. Au sein de chaque infirmierie on retrouve une petite enceinte réfrigérée dédiée aux médicaments thermosensibles, elle aussi à accès sécurisé, dont la température, suivie électroniquement, est tracée et conforme.
	3.6.6. <u>Le chariot et les équipements d'urgence</u>	Un chariot d'urgence respectant les recommandations de stockage, de vérification et de sécurisation est présent dans l'infirmierie centrale. Sur celui-ci on y retrouve le Défibrillateur Semi Automatique (DSA) et l'aspirateur de mucosités, tous 2 fonctionnels. Il existe sur l'EPS BD 2 extracteurs à oxygène disponibles en cas de besoin. Selon les attestations fournies par l'inspecté, l'ensemble du personnel a reçu la formation aux gestes de soins d'urgence.
	3.6.7. <u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u>	Le défibrillateur automatisé externe (DAE) est : - Présent au sein de la structure, et une signalétique permet d'y accéder , - En état de fonctionnement (Voyant lumineux vert)
	3.6.8. <u>Les procédures et protocoles de soins</u>	Il existe de très nombreuses procédures de soins actualisées. Parmi celles-ci, certaines ne sont pas totalement « conformes » : - L'annexe des recommandations de bonnes pratiques pour l'aide à la prise des médicaments (MAS-PCM-CAT-001/V1) est non datée non signée - La procédure du circuit du médicament (MAS-PCM-PRO-003/V1) est non datée - La procédure d'utilisation de l'espace retrait à la MAS (V1) est non datée et non signée. De plus celle-ci n'a pas lieu d'être puisque l'espace retrait n'existe plus au jour de l'inspection. Les procédures ne sont pas toutes datées et signées.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
	3.6.9. <u>La gestion des contentions</u>	Au jour de l'inspection aucune contention n'était prescrite. Il peut très exceptionnellement, selon les entretiens, exister une prescription de barrières de lit mais la préférence va plutôt au matelas à terre.

3.7. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.7.1. <u>La procédure du circuit du médicament</u>	Une procédure (MAS-PCM-PRO-003) propre à la MAS existe concernant le circuit du médicament et a bien été fournie à la mission. Un plan d'actions concernant le circuit du médicament a été mis en place pour donner suite à des EI [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
3.8 Champ thérapeutique	3.7.2. <u>Les médicaments</u>	Il existe une dotation de service qui sert aux besoins urgents mais il n'a pas été remarqué de stock en dehors de la dotation Un appel journalier à la pharmacie par les IDE est réalisé pour les traitements nominatifs ou multidoses et il existe, affichée, une fiche « règles de conservation des médicaments multidoses » Les piluliers sont préparés pour 1 semaine par la pharmacie centrale de l'EPS BD. Une double vérification est alors effectuée par le pharmacien référent de la MAS avant envoi à la structure puis par l'IDE à la réception du chariot. En cas d'erreur, la procédure existante, et transmise à la mission par l'établissement, stipule qu'un appel doit être réalisé immédiatement en semaine ou bien par mail la nuit. Les ordonnances sont toutes sur le logiciel informatique et la mission a pu assister à la distribution des traitements et noter que la vérification de celle-ci était effective avant dispensation ; tout comme l'identité du résident. Au jour de l'inspection il n'existe pas de broyage de quelque médicament qu'il soit. Le broyeur manuel présent dans l'infirmerie sera remplacé début septembre par un broyeur électrique selon les entretiens. La liste des médicaments qui peuvent être broyées est disponible au sein de l'infirmerie. La distribution des médicaments est bien procédurée (procédure d'aide à la prise médicamenteuse par les AS et AMP en collaboration avec les IDE MSO-MAS-PRO-0004/V3) mais la mission a constaté qu'aucune formation n'a été dispensée pour l'aide à la prise médicamenteuse aux AS et AMP.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.1. <u>Les stupéfiants</u>	Il existe un coffre spécifique aux médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé, au jour de l'inspection, en l'absence de prescription de stupéfiant, le coffre est effectivement vide. Le registre de dispensation et la traçabilité de celle-ci sont entièrement dématérialisés en lien avec la pharmacie de l'EPS BD. (Il n'existe plus de registre papier).

4. Relations avec l'extérieur

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	4.1.1. <u>Coordination avec les autres secteurs</u>	La MAS bénéficie de tous les services supports de l'EPS BD et n'a donc pas de nécessité de passer des conventions avec des structures extérieures.

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	Le projet d'établissement date de plus de cinq ans, ce qui contrevient à l'article L 311-8 du CASF. 16
<u>Écart 2 :</u>	Les PV du CVS ne sont pas affichés dans le hall. Ils sont affichés dans le couloir des bureaux du personnel. Cet affichage n'est pas facilement accessible aux familles. Cette situation contrevient à l'article D311-32-1 du CASF. 20
<u>Écart 3 :</u>	Le CVS est composé de 7 membres dont 3 représentent les personnes accueillies et leurs familles. Ce nombre est inférieur à la moitié du nombre total des membres du conseil, ce qui contrevient à l'article D 311-5 du CASF. 21
<u>Écart 4 :</u>	Il manque certaines mentions dans le règlement intérieur. Il n'est aucunement précisé que le président doit assurer l'expression libre de tous les membres du CVS, ce qui contrevient à l'article D. 311-9 du CASF. Le règlement intérieur n'établit pas « les droits et libertés des résidents » comme une question pouvant être soumise à la consultation du CVS, ce qui contrevient à l'article D. 311-15 du CASF. Il n'existe aucune mention relative à la transmission des comptes rendus du CVS à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire et à l'autorité administrative compétente pour l'autorisation, ce qui contrevient à l'article D. 311-20 du CASF. 21
<u>Écart 5 :</u>	Plusieurs événements indésirables recensés entre 2024 et 2025, relevant de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, dont des violences sur des professionnels et des résidents, et des erreurs médicamenteuses, n'ont pas été transmis à l'ARS Ile de France. Cette situation contrevient à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et à l'article L331-8-1 du CASF. 25
<u>Écart 6 :</u>	L'établissement ne procède pas à la formation des AS et AES/AMP à l'aide à la prise des médicaments, ce qui contrevient à l'article L313-26 CSP . 31
<u>Écart 7 :</u>	L'établissement ne dispose pas d'appel malade fonctionnel ce qui impacte la sécurité du résident notamment les usagers âgés ou grabataires ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF. 36
<u>Écart 8 :</u>	L'équipe pluriprofessionnelle observe le résident pendant les 3 premiers mois de prise en charge et oriente le résident vers une autre structure si son comportement n'est pas considéré comme compatible avec le fonctionnement de la MAS. Cette situation contrevient à l'article L241-6-Titre III du CASF. 37

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Les enquêtes de satisfaction reçues par la mission ne portent que sur la restauration. Les autres thématiques ne sont pas abordées. 21
<u>Remarque 2 :</u>	En 2024 un seul agent de la MAS a suivi la formation bientraitance. 23
<u>Remarque 3 :</u>	La réponse aux comportements dévifs n'est pas formalisée dans le projet d'établissement. 23
<u>Remarque 4 :</u>	La totalité des réclamations ne sont pas systématiquement inscrites dans le registre dédié. 24
<u>Remarque 5 :</u>	La procédure de déclaration des EI ne fait pas référence à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des EI par les structures sociales et médico-sociales aux autorités administratives compétentes. Cette procédure comporte un préambule (page 2) qui est assez confus et peut générer des problèmes de compréhension pour les agents. 24
<u>Remarque 6 :</u>	Certains agents ayant effectué une déclaration n'obtiennent pas systématiquement un retour de la part de la direction. 24
<u>Remarque 7 :</u>	La procédure d'admission ne donne pas de liste exhaustive et précise des fonctions des professionnels composant la commission d'admission pluridisciplinaire. 37

- Remarque 8 : Il n'existe pas de procédure formalisée pour l'élaboration et la rédaction du projet pédagogique individualisé (PPI). 39
- Remarque 9 : Le nombre d'activités paraît insuffisant au regard des demandes des usagers et les plannings d'activité sont en décalage avec les activités réellement réalisées. 40
- Remarque 10 : Le personnel n'a pas reçu de formation sur les troubles de la déglutition et la procédure afférente à ce sujet n'a pas été fournie à la mission. 40

6. Conclusion

L'inspection de la MAS le Ponant, gérée par l'EPS Barthelemy Durand a été réalisé le 22 juillet 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission a pu relever des aspects relevant des bonnes pratiques et de la sécurisation des parcours usagers :

- Une équipe pluridisciplinaire engagée, fidélisé et au plus près des besoins de l'utilisateur.
- Un plan de formation étayé et en lien avec les besoins de l'utilisateur.
- Une prise en charge en soin optimisée par de nombreuses procédures et un suivi régulier du résident.
- Une continuité et une coordination des soins optimale.
- Une politique de gestion des EI et de la qualité mis en œuvre.
- La mise en place de CREX avec pour priorité l'étude des EIG.

Cependant, la mission a relevé 8 écarts à la réglementation en vigueur et 10 remarques.

La mise en évidence d'écarts réglementaires significatifs nécessitent une attention prioritaire de la direction et du gestionnaire. Ces écarts concernent principalement la mise à jour du projet d'établissement, le fonctionnement et la conformité du conseil de la vie sociale (CVS), le respect des obligations en matière de signalement aux autorités compétentes des événements indésirables graves, ainsi que la formation du personnel aux pratiques liées à l'aide à la prise médicamenteuse et à l'accompagnement des usagers.

Par ailleurs, les remarques soulignent des insuffisances dans la formalisation de certaines procédures (admission, projet personnalisé, réponse aux comportements dévifs, gestion des événements indésirables), dans l'organisation des activités proposées aux résidents et dans la politique de formation du personnel (bienveillance, troubles de la déglutition, gestion des situations complexes). Enfin, des manques ont été relevés dans les dispositifs matériels (appels malades pour les résidents grabataires) et dans la participation des usagers et de leurs familles à la vie de l'établissement.

Ces constats appellent à la mise en œuvre rapide d'un plan d'actions correctives, visant à :

- Actualiser et faire valider le projet d'établissement conformément au CASF ;
- Mettre en conformité le fonctionnement du CVS et garantir l'accès effectif à l'information des familles ;
- Renforcer la traçabilité et le respect des obligations réglementaires en matière de signalement des EI ;
- Développer la politique de formation continue des professionnels sur la bienveillance, la gestion des risques, la prise médicamenteuse et les troubles spécifiques liés aux pathologies des résidents ;
- Améliorer la formalisation des procédures internes et le suivi des réclamations ;
- Garantir les conditions matérielles et organisationnelles favorisant la sécurité et la qualité de vie des usagers.

La prise en compte de ces recommandations est indispensable pour sécuriser les pratiques, renforcer la qualité de l'accompagnement proposé et garantir le respect des droits fondamentaux des personnes accueillies, dans l'esprit des dispositions du Code de l'action sociale et des familles.

Saint Denis, le 05 octobre 2025.

IASS-



7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES	Accompagnant éducatif et social
AFGSU	Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ARS IDF	Agence régionale de santé Ile-de-France
AVS	Auxiliaires de vie sociale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDS	Contrat de séjour
CODIR	Comité de direction
COPIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR	Compte-rendu
CREX	Comité de retour d'expérience
CRPA	Code des relations entre le public et l'administration
CSP	Code de la santé publique
CVS	Conseil de la vie sociale
DAE	Défibrillateur automatique externe
DEAS	Diplôme d'État d'aide-soignant
DIPC	Document individuel de prise en charge
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DSA	Défibrillateur semi-automatique
DUD	Document unique de délégation
EI	Événement indésirable
EIGS	Événement indésirable grave lié aux soins
EPS BD	Etablissement public de santé Barthelemy Durand
ERP	Établissement recevant du public
ES	Éducateur spécialisé
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier diplômé d'État coordonnateur
IDF	Ile-de-France
IMC	Indice de masse corporelle
IRP	Instances représentatives du personnel
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
ME	Moniteur éducateur
PACQ	Plan d'amélioration continue de la qualité
PMR	Personnes à mobilité réduite
PPI	Projet personnel individualisé
PRIC	Programme régional d'inspection et de contrôle
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*



ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

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

**Délégation départementale de l'ARS
de Seine et Marne**

Affaire suivie par : Simeys LADJADJ
Courriel : simeys.ladjad@ars.ssa.fr
Réf : 2025_IDF_000094



Saint-Denis, le 22 juillet 2025

Objet : Lettre d'information d'une mission d'inspection – MAS Le Ponant - 91152 Étampes

Mesdames, messieurs,

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

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de 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 ont la capacité de satisfaire aux buts d'action sociale que leur fixe la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, et notamment de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes (articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF), de respecter les droits et libertés individuels et garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité des résidents et/ou usagers (article 311-3 CASF).

La maison d'accueil spécialisée (MAS) Le Ponant situé chemin du Lantz à Étampes (n° FINESS géographique 910010215) a été ciblée par la Délégation départementale de l'Essonne de l'Agence régionale de santé Île de France (ARS IDF) et inscrit dans la programmation de ces contrôles.

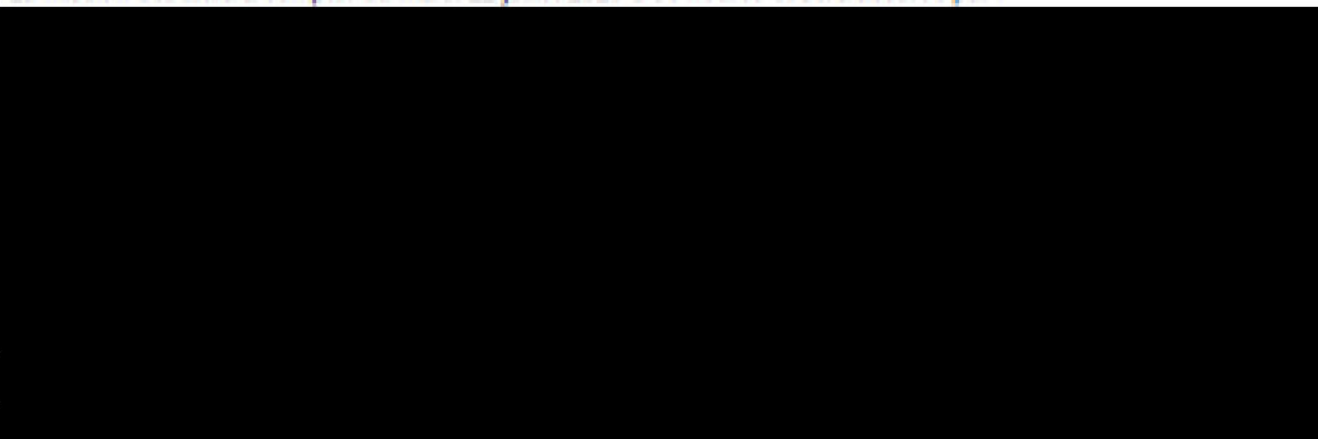
Aussi, je vous demande de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, portant sur les thématiques suivantes :

- Prévention et lutte contre les maltraitances

13 rue du Landy
92200 Saint-Denis
Tél : 01 46 02 00 00
inspections.ars.ssa.fr

- o Respect des droits des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle.
- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue
- Gouvernance
 - o Management et Stratégie ;
 - o Animation et fonctionnement des instances ;
 - o Gestion de la qualité ;
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables.
- La gestion des ressources humaines
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées
 - o Projet individualisé d'accompagnement ;
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND)
- Relations avec l'extérieur
 - o Environnements ;
 - o Coordination avec les autres secteurs.

La mission débutera à compter du mardi 22 juillet 2025 à 09 heures et sera assurée par :



- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 9 heures et 20 heures¹.

Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)² 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.

¹ Art. L.1421-2 du CSP

² Art L.1421-3 du 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 ».

À l'issue de la mission, un rapport conjoint 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 au terme 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 nous sera transmise dans les meilleurs délais.

P. O.

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

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



Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés

Mardi 22 juillet 2025

MAS LE PONANT – ETAMPES

Liste non exhaustive des documents à remettre à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Documents à remettre : au plus tard le mardi 29 juillet 2025- délai accordé jusqu' 'au 5 aout 2025

la plateforme sécurisée de l'ARS IDF BLUEFILES (À l'attention de Sameya LADJADJ)

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes sur Bluefiles

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Mode de transmission	Observation (Transmis O/N...)
1	Liste nominative des usagers par unité d'intervention admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, et leur type orientation MDPH, l'origine des usagers et si protection juridique ainsi que l'équivalent temps de présence (si possible format EXCEL et PDF) ;	4 copies papier	Les documents ont été transmis sur site.
2	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)	4 copies papier	
3	Un plan des locaux et code d'accès ou clé le cas échéant	4 copies papier 4 accès si possible	
4	Organigramme nominatif de la MAS	4 copies papier	
5	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	4 copies papier	
6	Les codes du logiciel de soins (accès soignant) pour un accès sur site et valable 2 mois à distance.	1	
7	Le cas échéant : l'accès au logiciel de gestion de la qualité et de déclaration des événements indésirables et des dossiers des usagers pour un accès sur site et valable 2 mois à distance	1	

Documents demandés pour une consultation sur place :

Documents demandés pour une consultation sur place :				
N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Consultation sur place	Remis	Commentaires /Questions
1	Dossiers des usagers (administratif – soins)	Consultation	Les documents ont été transmis sur site.	
2	Dossiers RH des salariés	Consultation		
3	Registres des délégués du personnel	Consultation		
4	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation		
5	Registre de recueil des évènements indésirables (EI).	Consultation		
6	Classeurs de tous types de procédures en vigueur dans l'établissement.	Consultation		
7	Registre des réparations.	Consultation	Les documents ont été transmis sur site.	
8	Registre de recueil des réclamations et des doléances des usagers et des familles	Consultation		
9	Supports de transmission, de suivi et de communication en interne.	Consultation		
		9 types de documents consultés sur place		

Documents à remettre par Blue Files :

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes sur Bluefiles

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	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				
1	Qualifications, diplômes et contrat de travail de tout le personnel.	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission de tout le personnel.	Bluefiles	OUI	
3	Document unique de délégation (DUD) du directeur et du chef de service	Bluefiles		
4	Subdélégations en vigueur dans l'établissement	Bluefiles		
5	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<i>tableau Excel</i> et PDF)	Bluefiles		
6	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Bluefiles		
7	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence de la direction (note/procédure)	Bluefiles		
8	Calendrier des astreintes depuis le 01/02/2025	Bluefiles		
10	Planning et CR des CODIR réalisés depuis le 01/10/2024	Bluefiles		
11	-Procédure accueil des nouveaux arrivants professionnels (stagiaire y compris) -Livret d'accueil nouvel arrivant professionnel	Bluefiles		
12	CR des réunions d'équipes depuis le 01/02/2025	Bluefiles		
13	Projet d'établissement en vigueur -COPIL projet établissement -réunion d'élaboration et ou d'actualisation -retroplanning (avancement ...) -compte rendu de présentation du PE au CVS	Bluefiles		
14	Projet de soins en vigueur (organisation des soins)	Bluefiles		
15	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur : -Fiches action -tableau de bord -niveau de criticité (étude)	Bluefiles		
16	Résultat des enquêtes de satisfaction 2024-2025			
17	Dernier rapport d'évaluation interne, externe, autoévaluation.	Bluefiles		
18	Liste nominative des personnels CDD du 01/04/2025 au 31/07/2025	Bluefiles		
19	Registre unique du personnel (<i>tableau Excel</i>)	Bluefiles	OUI	
20	Plannings des équipes de mai 2025 à juillet 2025 (y-compris les temps de transmission) et organisation type des professionnels par unité ou secteur pour l'intervention éducative et l'intervention en soin. <i>Précision de la légende des sigles et couleurs utilisés</i>	Bluefiles		
21	Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Bluefiles		
23	Fiches de tâches heurées des professionnels de soins et éducatifs	Bluefiles		
24	Conventions de stage des stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Bluefiles		
25	CR du CSE depuis le 01/04/2025	Bluefiles		
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				
26	Règlement de fonctionnement de la MAS	Bluefiles		
27	Procédure des Projets d'accompagnement individualisés (PAI) (création et réactualisation et dates de synthèses prévues)	Bluefiles		
28	Calendrier de mise à jour/réévaluation des différents PAI	Bluefiles		
29	-Procédures et modalités de déclaration des événements indésirables (EI, EIG, EIAS) au niveau de la structure et aux autorités de contrôle (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Bluefiles		
30	Procédure de gestion et suivi des événements indésirables	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
31	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur les années N, N-1, des EI-EIG, EIAS, mentionnant leur déclarations aux autorités de contrôle et de tarification, et le plan d'actions correctives mises en œuvre	Bluefiles	OUI	
32	CR des RETEX-CREX réalisés depuis le 01/04/2025	Bluefiles		
33	Charte de confiance-non punitive à l'attention des salariés en cas de signalement	Bluefiles		
34	Document(s) définissant la politique et le plan de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance	Bluefiles		
35	Procédure de signalement en cas d'agression ; déclaration des signalements effectués auprès des autorités	Bluefiles		
36	- Composition du CVS et date d'élection du CVS - CR des réunions des CVS 2024 et 2025 - Règlement de fonctionnement du CVS -Rapport d'activité du CVS	Bluefiles		
37	Livret d'accueil des usagers	Bluefiles		
39	Plan Bleu	Bluefiles		
40	Plan de mise en sécurité (PDMS)	Bluefiles		
41	Procédure d'admission	Bluefiles		
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge des résidents				
41	Toutes les procédures présentes au sein de la structure en lien avec le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Bluefiles	OUI	
41a	Procédure de traçabilité d'administration des médicaments	Bluefiles		
41b	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés/Liste des médicaments écrasés	Bluefiles		
41c	Procédure de délégation de la distribution des médicaments de jour et de nuit	Bluefiles		
42	Procédure d'organisation de fonctionnement avec la pharmacie de l 'EPS	Bluefiles		
43	Liste nominative des médecins traitants de chacun des usagers	Bluefiles		
44	Calendrier, feuilles de présence et CR des réunions impliquant des soignants et médecins pour l'année précédente et l'année en cours	Bluefiles		
45	Liste des mini formations (= effectuées en interne) délivrées aux équipes soignantes en 2024-2025 (thèmes, dates, professionnel ayant délivré la formation, feuilles de présence)	Bluefiles		
46	Tableaux de suivi de l'année précédente et de l'année en cours des poids/IMC des usagers (format Excel™ non verrouillé)			
47	Tableau des usagers sous contention, mentionnant le type de contention et les horaires de mise en œuvre			
48	Procédure relative à la mise sous contention			
IV- L'organisation et la prise en charge éducative des usagers				
49	Liste des usagers par référent éducatif et soins, et par unité	Bluefiles	OUI	
50	Protocole d'utilisation de la salle d'apaisement	Bluefiles		
51	Réunions avec la MDPH : comptes rendus, prévisionnel réunions ...	Bluefiles		
V-Autres				
52	Tout document complémentaire que l'établissement juge utile de transmettre			

Liste complémentaire envoyé par mail le 24 juillet 2025.

Mardi 22 juillet 2025

MAS LE PONANT – ETAMPES

Liste complémentaire- VERSION 2

Liste non exhaustive des documents à remettre à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Documents à remettre : au plus tard le jeudi 5 aout 2025

la plateforme sécurisée de l'ARS IDF BLUEFILES (À l'attention de Sameya LADJADJ) Lien Bluefiles : <https://bit.ly/3AiVMOx>

Documents à remettre par Blue Files :

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes sur Bluefiles

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
I- L'URAT (6 places, unité les Lilas).				
1	Le pré projet ayant conduit à l'extension de l'arrêté de la MAS (Février 2025)	Bluefiles	Oui	
2	L'effectif du personnel par catégorie socio professionnel	Bluefiles		
3	Le planning du mois de juillet et aout 2025.	Bluefiles		
4	Dernier rapport d'évaluation interne, externe, autoévaluation.	Bluefiles		
5	Liste nominative des personnels CDD du 01/04/2025 au 31/07/2025	Bluefiles		
6	Registre unique du personnel (<i>tableau Excel</i>)	Bluefiles		
7	Règlement de fonctionnement incluant l'URAT	Bluefiles		
II- Documents complémentaires concernant l'organisation de la prise en charge des usagers ayant une orientation MDPH MAS (60 places).				
8	Le protocole EMERYS	Bluefiles	Oui	
9	Le protocole d'appel d'urgence sur DECT (DATI)	Bluefiles		
10	Le rapport social unique de 2023	Bluefiles		
11	La liste des formations réalisées ou prévues en 2025 concernant les TND et TSA	Bluefiles		
12	Le pré projet concernant l'unité Coquelicot accueillant les usagers porteurs de TND et TSA	Bluefiles		
13	contrats de séjour et projet individualisé des usagers suivants : xxxxxxxxxxxxxxxx			
14	Calendrier des animations collectives par unité Calendrier des animations communes à toutes les unités.			

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

- La directrice déléguée
- La responsable qualité
- Le gestionnaire administratif
- La responsable des ressources humaines
- Le médecin praticien
- L'IDEC
- 6 AMP /AES
- 7AS
- 2 IDE
- La psychologue
- Les éducateurs
- Le président du CVS.



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr