

Délégation départementale du Val d'Oise

Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) Odette Savage

**29 rue Taillepied
95200 Sarcelles**

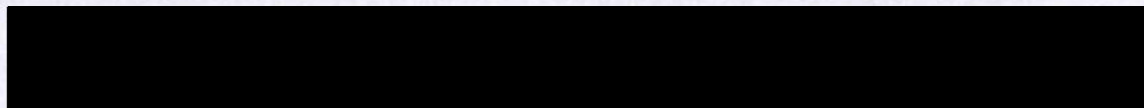
FINESS ET n°950013896

RAPPORT D'INSPECTION

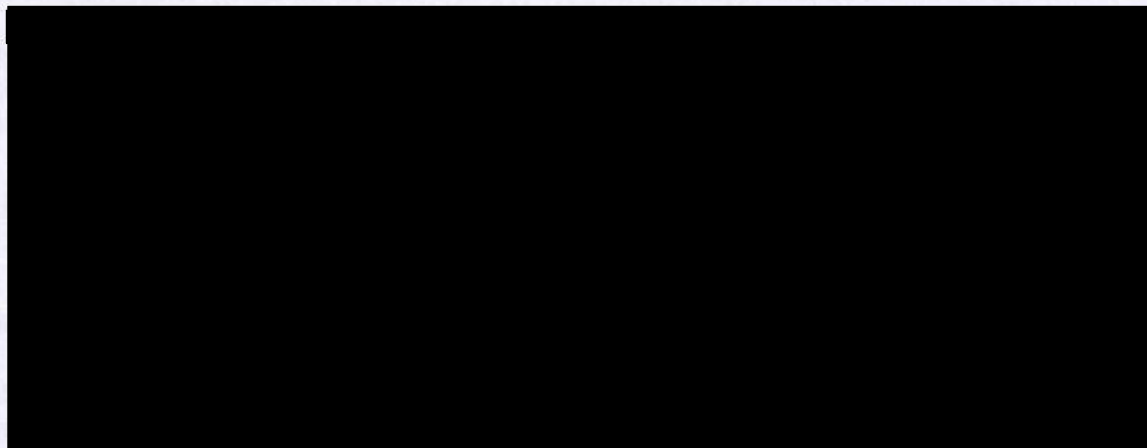
N°2025_IDF_00135

Contrôle sur place les 30 juin et 1^{er} juillet 2025

Mission conduite par :



Accompagnée de :



Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.1.1. Le régime juridique de la structure	10
1.1.2. L'autorisation	10
1.1.3. La population accueillie	10
1.1.4. Le CPOM	11
1.2. Management et Stratégie	11
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	11
- Périodes d'ouverture de l'établissement	12
Article D344-5-7 (MAS/FAM)	12
1.2.2. Le projet d'établissement (PE)	12
1.2.3. Le projet d'établissement : contenu	13
1.2.4. L'organigramme	15
1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur	15
1.2.6. Directeur : contrat et fiche de poste	17
1.2.7. Directeur : qualifications	17
1.2.8. Le remplacement de la direction	17
1.2.9. Les délégations au directeur	17
1.2.10. Les subdélégations du directeur	18
1.2.11. Les CODIR / COMEX / COPIL	18
1.2.12. Les astreintes administratives	18
1.2.13. Les astreintes techniques	18
1.2.14. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	19
1.2.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	19
1.2.16. Les conflits entre direction et salariés	19
1.2.17. Les affichages	19
1.3. Animation et fonctionnement des instances	20
1.3.1. Le CVS	20
1.3.2. Les enquêtes de satisfaction	21
1.4. Gestion de la qualité	22
1.4.1. La direction	22
1.4.2. Le responsable qualité	22
1.4.3. Les professionnels référents	22
1.4.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	22
1.4.5. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	23
1.4.6. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	24
1.4.7. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels	25
1.4.8. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)	26
1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	27
1.5.1. La procédure de déclaration en interne des évènements indésirables (EI)	27
2. Fonctions support	29
2.1. Gestion des ressources humaines	29
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	29
2.1.2. Les dossiers administratifs des professionnels	30
2.1.3. Le plan de formation des professionnels	32
2.2. Gestion d'information	33
2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP)	33
2.2.2. Le registre des entrées et sorties des usagers	33
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	34
2.3.1. L'état général du bâtiment	34
2.3.2. Le suivi des réparations	35
2.4. Locaux et équipements	36
2.4.1. Les chambres	36
2.5. Sécurités	37
2.5.1. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	37
2.5.2. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	37
3. Prises en charge	39
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	39

3.1.1.	L'admission	39
3.1.2.	Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »	40
3.1.3.	Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour	40
3.1.4.	Le livret d'accueil	41
3.1.5.	Les médecins traitants	41
3.1.6.	Les transmissions inter équipes	42
3.1.7.	Relations avec la MDPH	42
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	43
3.2.1.	Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :	43
3.3.	Respect des droits des personnes	44
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	44
3.3.2.	La personne de confiance des usagers	44
3.3.3.	L'identification des usagers (identitovigilance)	44
3.4.	Vie sociale et relationnelle	45
3.4.1.	Relations avec les familles	45
3.4.2.	Organisation de sortie extérieure	45
3.4.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	46
3.5.	Vie quotidienne	47
3.5.1.	Le transport des jeunes	47
3.5.2.	Les activités	47
3.6.	L'hébergement, internat	48
3.6.1.	Le suivi de l'hygiène corporelle	48
3.6.2.	Les changes	49
3.6.3.	Le circuit du linge	51
4.	Récapitulatif des écarts et des remarques incluant la note médicale	55
4.1.	Écarts	55
4.2.	Remarques	59
5.	Conclusion	61
6.	Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	62
7.	Annexes	64
Annexe 1	Note médicale	64
7.1.	L'alimentation	64
7.1.1.	La conception des repas	64
7.1.2.	Les salles de restauration	65
7.1.3.	Les régimes, textures	67
7.1.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	68
7.1.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	68
7.2.	La dispensation des soins	71
7.2.1.	L'organisation des soins	71
1.1.1.1.	Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante	71
1.1.1.2.	Cadre IDE	73
7.2.2.	Plannings et continuité des soins	74
7.2.3.	Missions médicales	79
7.2.4.	L'infirmerie	80
7.2.5.	La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	85
7.2.6.	Gestion des urgences médicales	89
7.2.7.	Les prises en charge	91
1.1.1.3.	Les prescriptions médicales	91
7.2.8.	Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	91
7.2.9.	Les procédures et protocoles	92
1.1.1.4.	Le traitement de la crise épileptique	96
1.1.1.5.	La prévention des escarres	96
1.1.1.6.	Le traitement de la douleur	97
1.1.1.7.	Les soins palliatifs	97
1.1.1.8.	Les contentions	98
7.2.10.	Les accompagnements	98
7.3.	Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	99
7.3.1.	Le circuit du médicament	99
7.3.2.	Prescription	99
7.3.3.	Commandes	100
7.3.4.	Livraison	100

7.3.5.	Dispensation	100
7.3.6.	Stockage	100
7.3.7.	Distribution et administration	110
Annexe 2	Lettre de mission	112
Annexe 3	Liste des documents demandés par la mission	115
Annexe 4	Liste des professionnels et familles avec lesquels la mission s'est entretenue	117
Annexe 5	Constats réalisés sur site le 27 novembre 2025	117

SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée par les services de la délégation départementale de l'Agence régionale de santé.

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

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

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - 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
- Fonctions support
 - o Gestion des RH
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Respect du droit des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Vie quotidienne et hébergement
 - o Champ de l'éducation
 - o Soins

La mission a été accueillie par la cadre de santé. La directrice de l'établissement a ensuite rejoint la mission

[REDACTED] Elle s'est néanmoins rendue disponible pour accompagner la mission et a démontré une totale transparence concernant la situation de la MAS lors des échanges.

La mission a constaté que lorsque des dysfonctionnements étaient soulevés la faute était systématiquement reportée [REDACTED] sans remise en cause du management ni de la directrice ni de l'APAJH 95.

La mission initialement prévue sur une journée a dû être prolongée sur une seconde journée compte tenu des constats réalisés en première intention.

La mission a informé la direction de l'établissement de cette prolongation lors de la restitution de la première journée.

Malgré cela, aucun représentant du siège de l'APAJH95 ne s'est présenté à la mission.

Enfin, l'ensemble des documents demandés à la mission n'ont pas été fournis par l'établissement ce qui a entravé le bon déroulement de l'inspection par une impossibilité d'analyse de certains éléments et notamment RH.

Aussi 19 documents sur les 105 demandés n'ont pas été transmis.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Odette Savage » située 29 rue Taillepie SARCELLES (95200), FINESS ET n°950013896, gérée par « l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés - comité départemental du Val d'Oise (APAJH95) » est autorisée pour l'accueil et l'accompagnement spécialisé de personnes adultes polyhandicapées et dispose de 40 places d'hébergement complet en internat et de 10 places d'accueil de jour.

Cet établissement, qui fait l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été inscrit au programme 2025 d'inspection de l'ARS à la demande de la Direction départementale du Val d'Oise.

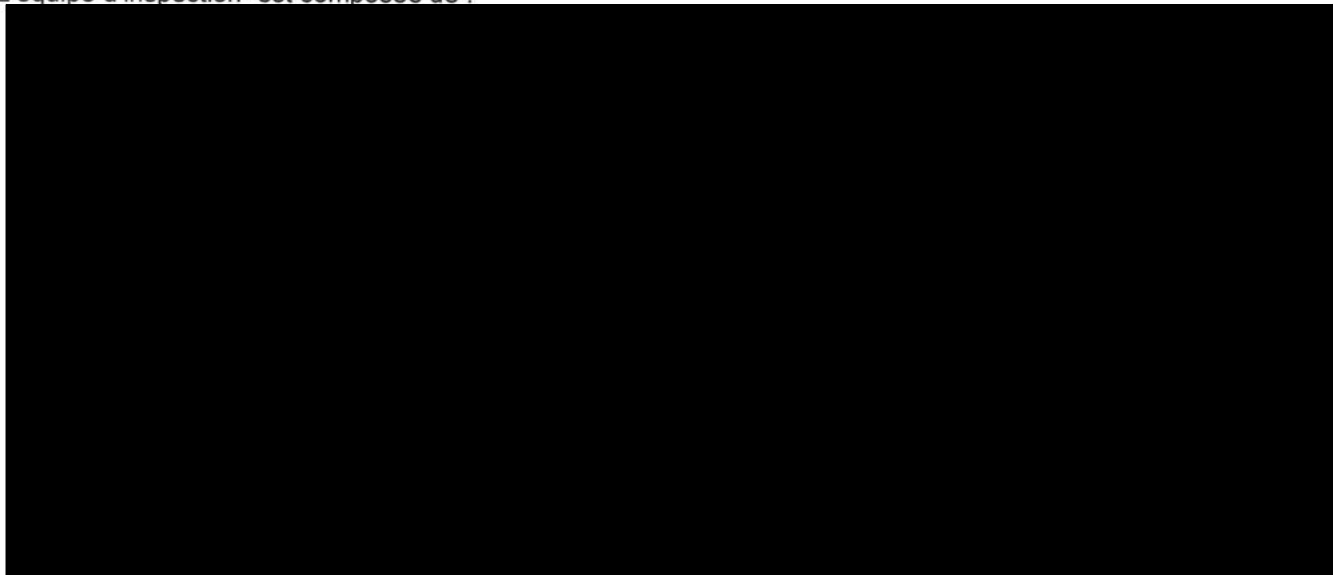
Dans ce contexte, sur le fondement de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, la directrice de la délégation départementale du Val-d'Oise de l'ARS Ile-de-France a décidé de diligenter une inspection de la MAS « Odette Savage » qui a notamment pour objet de contrôler :

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

Modalités de mise en œuvre

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

L'équipe d'inspection¹ est composée de :



Le contrôle a été réalisé sur site le 30 juin et le 1^{er} juillet 2025 de manière inopinée². La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 3**.

Présentation de l'établissement inspecté :

L'établissement dont la raison sociale est MAS du Dr
Odette Savage

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 2.

² Sans annonce préalable à l'établissement

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Association pour Adultes et Jeunes Handicapés – comité du Val d'Oise APAJH95
Adresse de l'organisme :	5 rue Pasteur
Code postal et Ville :	95150 Taverny
Téléphone fixe :	01 34 37 23 78

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	29 rue Taillepiéd
Code postal et Ville :	95200 Sarcelles
Téléphone fixe :	01 34 29 45 50

Type de structure			
Type d'établissement / service :	Maison d'Accueil Spécialisée		
Date d'ouverture :	29 septembre 2003		
Numéro FINESS :	Géographique :	950013896	Juridique : 950016402
Statut juridique de l'entité juridique	Association Loi 1901 Reconnue d'Utilité Publique		
Option tarifaire :	[REDACTED]		
Date du CPOM (mm/aaaa) :	06/2022		
Présence d'une PUI ³ :	Non		

La MAS dispose d'une autorisation d'accueil et accompagnement spécialisé personnes handicapés polyhandicapés et TSA de :

- 40 places en hébergement complet avec internat ;
- 10 places en accueil de jour.

Au jour de l'inspection, la file active de l'accueil de jour est de 8.

Le budget de fonctionnement est de [REDACTED] en 2025.

- Le CPOM signé le 9 juin 2022 devra être renouvelé en 2026.

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.

³ PUI : Pharmacie à usage intérieur

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>Le régime juridique de la structure</u> Le statut juridique de la structure est-il conforme ? <u>L312-1 (2°) CASF</u> (est un ESMS)	Le statut juridique est conforme.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>L'autorisation</u> L'autorisation est-elle en cours de validité ? <i>DI, DM, DP : <u>L313-1 (1° et 4°) du CASF</u> (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</i> L'autorisation de la structure est-elle respectée?	Capacité totale : 50 Accueil permanent : 50 Accueil temporaire : 0 Internat : 40 Externat : 10 Taux d'occupation N-1 : Taux d'occupation Jour inspection : 39 places d'internat et 8 places d'externat sont occupées
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. <u>La population accueillie</u> La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ? <u>D312-0-3 (I) CASF</u> (ensemble des publics autorisés ESMS PH)	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>Article D344-5-1 & Article D344-5-2 (MAS/FAM)</u>	
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. Le CPOM Un CPOM est-il en cours de validité ? <u>L313-11 CASF (définition CPOM)</u>	Le CPOM 2022-2026 est en cours de validité. Il a été signé le 2 juin 2022.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. Le règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement existe-t-il ? <u>L311-7 CASF (définition règlement de fonctionnement)</u> Date-t-il de moins de 5 ans ? <u>R311-33 CASF (révision du RF au moins tous les 5 ans)</u> Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ? <u>L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS)</u> Est-il remis aux usagers et professionnels ? <u>L311-4 al 3 CASF (règlement de fonctionnement en annexe du livret d'accueil et remis aux usagers ou à leur représentant)</u> <u>R311-34 CASF (règlement fonctionnement remis aux usagers et professionnels)</u>	Le règlement de fonctionnement n'a pas été transmis à la mission d'inspection (pièce demandée n°40) Écart 1 : En l'absence de règlement de fonctionnement l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-7 du CASF. La mission d'inspection n'a pas constaté de preuve de remise en main du règlement de fonctionnement aux usagers ou aux professionnels dans les dossiers administratifs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Est-il affiché dans l'établissement ? R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement) Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ; - L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ; - Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ; - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées. R311-35 CASF (contenu RF) - Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur R311-36 CASF (contenu RF) - Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ; - Les conséquences de violence sur autrui ; - Les prescriptions d'hygiène de vie ; - Périodes d'ouverture de l'établissement Article D344-5-7 (MAS/FAM)	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché de manière visible et accessible pour l'ensemble des résidents, professionnels et visiteurs.
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. Le projet d'établissement (PE) Le projet d'établissement existe-t-il ? L311-8 du CASF (PE obligatoire en ESSMS) Le projet d'établissement est-il en cours de validité ? L311-8 du CASF (contenu PE tous les 5 ans) Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ?	Le projet d'établissement date du 25/10/2022. Il a été actualisé en janvier 2024. Le projet d'établissement est en cours de validité. Il devra être renouvelé en 2027.

Sous-thème (GAS)	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>D311-38-4 CASF (PE transmis aux autorités)</u> Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ? <u>L315-17 CASF (missions directeur PE et son évolution)</u> Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ?) <u>D311-38-4 CASF (PE consulté par CVS)</u> Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ? <u>D311-38-4 CASF (PE affiché)</u>	Le projet d'établissement n'est pas affiché de manière visible pour l'ensemble des résidents, professionnels et visiteurs.
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. Le projet d'établissement : contenu Les points suivants figurent-ils dans le projet d'établissement ? 1° Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ; 2° Détaille les caractéristiques générales des accompagnements et prestations mis en œuvre par l'établissement ou le service qui constituent le cadre de référence des actions de soutien médico-social et éducatif prévues par le contrat de séjour visé à l'article D. 344-5-4 ; 3° Précise les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée chargé notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ;	Le projet d'établissement a été actualisé en 2024. Néanmoins, le contenu n'a pas été mis à jour, ce dernier mentionnant des actions prévues pour 2020. Le projet d'établissement précise l'organisation des visites des familles qui sont « privilégiées » les après-midis. Il est indiqué que les familles « peuvent » rester « en toute intimité » dans l'espace accueil des familles au rez-de-chaussée ou dans la cuisine thérapeutique. La mission d'inspection a pu constater que ces lieux ne sont pas adaptés à une rencontre agréable et intime avec la famille car ils sont soit au milieu du hall qui est non aménagés à cet effet. Les familles ne peuvent pas monter dans les unités sans autorisation, ni dans les chambres de leurs proches. Il indique en outre une priorisation des résidents du Val d'Oise « sauf dérogation des organismes de contrôle ». Il n'est pas autorisé de restreindre l'accès à un ESMS et de telles dérogations n'existent pas sur le territoire. Les objectifs d'accompagnement sont listés dans les premières pages du PE. Les moyens mis en œuvre pour les atteindre sont peu détaillés et non spécifiques. Il n'est pas fait mention d'un référent pour chaque résident.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	4° Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ; 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ; 6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ; 7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ; 8° Prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est réorientée ; 9° Prévoit les modalités d'élaboration d'accès et de transmission des documents mentionnés à l'article D. 344-5-8.	Les modalités de coordination sont décrites à la page 27 : les réunions hebdomadaires, mensuelles ou trimestrielles et leurs objectifs y sont détaillés. L'organigramme présenté à la page 32 ne correspond pas à celui présenté à la mission d'inspection. Les ETP par postes ne sont pas précisés. Il est fait mention d'un médecin généraliste en charge de répondre aux besoins de santé « courants ». Il n'est pas précisé d'ETP ou de fréquence de suivi. Il est également fait mention de la présence d'un « médecin psychiatre salarié à temps très partiel ». Or la mission n'a pas constaté de présence d'un médecin psychiatre. Le projet d'établissement définit la prise de décision comme un besoin en matière d'autonomie, précisant que les résidents ont du mal à faire des choix. Il n'est pas précisé comment ce besoin est accompagné. S'il n'est pas fait mention d'autodétermination, le projet d'établissement mentionne la participation comme un principe d'accompagnement. Le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité est piloté par le siège. Celui-ci est détaillé dans le projet d'établissement, ainsi que les mesures et leur niveau de mise en œuvre à la MAS. Il détaille le traitement des événements indésirables. Une catégorisation est proposée, impliquant que certains événements sont « acceptables et peuvent ne pas avoir à être traités » ou « acceptables mais doivent rester sous contrôle ». Ces derniers comportent les « blessures avec soins » et la « désorganisation modérée ». Il n'est pas fait mention de collaboration concrète avec d'autres services. Les modalités de fin d'accompagnement sont peu détaillées (p43), sinon que l'établissement accompagne le résident et sa famille dans les démarches. Les modalités d'écriture et de révision du projet personnalisé sont décrites, mais pas celles des documents à l'article D.344-5-8.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Le projet d'établissement contient-il : - Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement ; - La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - Le projet de soins comporte-t-il un projet médical/de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes ? Réf. : <u>HAS « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes »-mars 2015</u>	La démarche de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance est expliquée p36. Néanmoins cette partie devrait être davantage développée notamment en indiquant les moyens mis en œuvre afin de garantir le respect de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Il n'y a pas de volet dédié aux soins, sinon une courte description des présences de personnels soignants et paramédicaux à la page 31. Il n'y a pas de volet spécifique aux personnes handicapées vieillissantes, même si le vieillissement des résidents est mentionné plusieurs fois. Écart 2 : le projet n'établissement ne répond pas aux attentes de l'article L311-8 du CASF.
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. L'organigramme L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ? <u>L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement)</u> L'organigramme est-il à jour ? L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?	L'organigramme affiché n'est pas à jour. Un organigramme non daté est affiché dans un couloir réservé au personnel et non accessible du grand public. Écart 3 : En ne mettant pas à jour et en n'affichant pas l'organigramme dans un lieu accessible à tous, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF. Lors de l'inspection aucun représentant du siège de l'APAJH ne s'est présenté à la mission, ni le premier jour, ni le second alors même que la mission avait informé la directrice que l'inspection se prolongerait le lendemain. Cette absence interroge sur le soutien apporté par le siège aux directeurs des établissements.
ph	1.2.5. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
Le gestionnaire concoure-t-il à :		Sur le budget, la directrice doit s'accorder avec le siège pour toute dépense d'investissement supérieure à [REDACTED]. Par ailleurs, les bilans comptables sont faits au niveau du siège et relus au niveau de la direction. Sur le système d'information, l'établissement est passé à l'utilisation du logiciel Netvie. L'ensemble du groupe utilise le même logiciel et des formations sont prévues par le siège. Les entretiens menés ont révélé que le directeur des affaires financières exerce un contrôle accru des dépenses de l'établissement et demande un effort d'économies fortes au sein de l'établissement alors que ce dernier présentait à l'ERRD 2024 un excédent de [REDACTED]. Aussi, des suppressions de poste (2 postes d'AS) étaient attendues de la part du siège au sein de la MAS alors même que 9 postes sont actuellement vacants, risquant de mettre en péril l'encadrement et la prise en charge des résidents. L'analyse du bilan financier au 31/12/2024 de la MAS présente en outre une situation financière très confortable qui ne justifie pas de coupes budgétaires à ce stade. Cette recherche d'économies entrave le bon fonctionnement de l'établissement et la garantie de la sécurité et du bien-être des résidents. Plusieurs devis de travaux importants sont notamment restés en souffrance ne permettant pas de réaliser les travaux nécessaires. Cette situation n'est pas explicable puisque plusieurs CNR investissements avaient été délégués à la MAS fin 2024. Aussi, la MAS ne bénéficie pas du soutien attendu de son siège, mettant en difficulté au quotidien la gestion de l'établissement et mettant en péril le bon accompagnement des usagers, alors même qu'une quote-part de [REDACTED] est imputée sur l'établissement pour le financement du siège en 2024. Écart 4 : Par l'absence de soutien apporté à la directrice de l'établissement et l'absence d'adaptation des moyens de l'établissement permettant l'amélioration de la qualité du service rendu, le siège de l'APAJH 95 contrevient aux dispositions de l'article R314-88 du CASF.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	- A l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement - A l'adaptation des moyens de la structure - Aux modalités d'intervention coordonnées ; - Au choix et au financement des systèmes d'information R314-88 CASF (participation siège – ESSMS privé non lucratif)	
1.2. Management et Stratégie	1.2.6. <u>Directeur : contrat et fiche de poste</u> Quelle est la date de prise de fonction du directeur ? <u>L315-17 CASF (directeur ESSMS public)</u> <u>D312-20 CASF (qualité du directeur d'ESSMSPHDI)</u> <u>Décret n°2007-1930 du 26/12/2007 (Statut particulier des directeurs d'établissement (ESSMS FP Hospitalière))</u>	La directrice était cheffe de service depuis 2018 au sein de la MAS. Elle a pris le poste de directrice en mai 2020. Remarque 1 : La mission n'a pas pu constater l'existence de la fiche de poste ni du contrat de la directrice.
1.2. Management et Stratégie	Quel est l'ETP du directeur au sein de la structure ? 1.2.7. <u>Directeur : qualifications</u> <u>D312-176-6 CASF (certification de niveau 7 (ancien niveau I) du directeur (ESSMS privé et public(D312-176-10))</u> <u>D312-176-7 CASF (certification de niveau 6 (ancien niveau II) du directeur-ESSMS privé et public(D312-176-10))</u> <u>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESSMS)</u> <u>Quelle est la nomenclature des diplômes par niveau ? Service-Public.fr</u>	Le poste de directrice correspond a 1 ETP. La directrice n'exerce que sur cet établissement. La directrice est titulaire [REDACTED] Le diplôme a été transmis a la mission.
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. <u>Le remplacement de la direction</u> Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ? <u>D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire pour palier absence directeur - ESSMS public)</u>	En cas d'absence de la directrice, la cheffe de service assure la continuité des missions. Un document formalise cette délégation de pouvoir et en défini les limites. Ce document est daté du 19 mai 2025 et est signé uniquement par la directrice.
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Les délégations au directeur</u>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Le document unique de délégation (DUD) a-t-il été envoyé à l'ARS ? <u>D312-176-5 (2e atraitinalé) CASF (contenu DUD-droit privé)</u> Le document unique de délégation (DUD) précise-t-il la nature et l'étendue de la délégation, c'est-à-dire : - La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service - La gestion et l'animation des ressources humaines ; - La gestion budgétaire, financière et comptable ;	Le DUD n'a pas été transmis à la mission (pièce demandée n°35). Écart 5 : En ne transmettant pas le DUD, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-1765-5 du CASF.
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. Les subdélégations du directeur Quelle est l'organisation du pouvoir de subdéléguer sa signature ? <u>D315-67 CASF (délégation de signature directeur ¶ membre catégorie A – ESSMS public)</u> <u>D315-68 CASF (contenu délégation)</u> <u>D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire - ESSMS public)</u>	La seule subdélégation de signature a lieu en cas d'absence de la direction. Celle-ci est déléguée à la cheffe de service.
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. Les CODIR / COMEX / COPIL Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COPIL (réunions des cadres de la structure) (fréquence, participant, rédaction et diffusion CR) <u>HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020</u>	Les CODIR sont organisés une fois par mois avec l'APAJH.
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. Les astreintes administratives	Des astreintes administratives sont organisées au sein de la MAS. La directrice, la cadre de santé et la cheffe de service peuvent être d'astreinte. L'astreinte dure une semaine (les week-ends et de 18h à 9h en semaine).
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. Les astreintes techniques	La mission n'a pas pu constater la mise en place d'une astreinte technique.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</u> Un professionnel encadre-t-il l'équipe soignante ? Si oui, - A quel niveau d'ETP ? - Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ? - Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	Une cadre de santé encadre l'équipe soignante. 1 ETP Le diplôme de la cadre de santé n'a pas été transmis de manière spécifique à la mission. La fiche de poste de la cadre de santé n'a pas été transmise à la mission.
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u> Un professionnel encadre –t-il l'équipe éducative ? Si oui, - A quel niveau d'ETP ? - Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ? Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	La cheffe de service (1 ETP) encadre les coordonnateurs. Les fiches de poste n'ont pas été transmises à la mission. Le diplôme de la cheffe de service éducatif n'a pas été transmis de manière spécifique à la mission.
1.2. Management et Stratégie	1.2.16. <u>Les conflits entre direction et salariés</u> Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels ? (Signalement, pétitions, absentéisme élevé, rotation fréquente des personnels, affaires prud'homales, suivi troubles musculo-squelettiques et risques psychosociaux, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats, ...) <u>L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité de l'usager)</u> <u>HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020</u> <u>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</u> Indicateur ANAP : Taux médian de rotation des professionnels en IME en 2022 : (régionale IDF :19.05% - national : 12,37%)	La mission a pu constater un turn-over important des équipes. La mission a été informée d'une communication difficile entre les équipes et la direction, notamment concernant l'absence d'actions à la suite d'une remontée de la part de l'équipe.
1.2. Management et Stratégie	1.2.17. <u>Les affichages</u> Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :	Les affichages ne sont pas installés de manière visible dans l'établissement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 6 : En n'affichant pas de manière visible et accessible l'ensemble des documents obligatoires, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-5, R311-34, L311-4, R311-32-1 et L226,8 du CASF.

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. Le CVS Un CVS existe-il ? <u>D311-6 CASF</u> (<i>participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation</i>) Le CVS se réunit au moins trois fois par an ? <u>D311-16 CASF</u> (<i>3 CVS au minimum par an</i>) L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ? <u>D311-16 CASF</u> (<i>OJ communiqué au moins 15 jours avant</i>) La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir : - Deux représentants des personnes accompagnées ;	Un CVS est en place au sein de l'établissement. 3 CVS ont eu lieu en 2024. Néanmoins, en 2025 seule une réunion s'est déroulée le 14 janvier 2025. Un document a été transmis au titre de compte rendu. Ce dernier prend l'apparence d'un support Powerpoint de présentation. Il n'est pas signé par le président du CVS. Écart 7 : En ne vérifiant pas la signature des comptes rendus par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-16 du CASF et D311-20 du CASF. L'envoi de l'ordre du jour est réalisé par l'assistante de direction. Le CVS est composé de : - Une présidente - Un représentant de l'association - Un représentant des familles, - Un représentant des résidents ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ; La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ? Les événements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ? <u>R331-10 CASE (informer CVS des EI et dysfonctionnement)</u>	- Une représentante de la mairie de Sarcelles déléguée au handicap/inclusion. D'après le compte-rendu du CVS du 14 janvier 2025, les élections des représentants du personnel sont à renouveler. A la lecture des différents comptes-rendus des CVS transmis, ce dernier exerce les missions qui lui sont attribuées. Les événements indésirables sont soumis au CVS mais pas les plans d'action. Écart 8 : En ne soumettant pas au CVS les plans d'actions mis en œuvre à la suite d'événements indésirables, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. Les enquêtes de satisfaction Existe-t-il une enquête de satisfaction sur :	Le contenu des enquêtes n'évoque pas la qualité de la restauration. Aucune analyse des résultats de cette enquête n'a été transmise à la mission. Enfin, la formulation de ces enquêtes indique qu'elles sont destinées uniquement aux familles sans adaptation possible pour faciliter la participation et l'autodétermination des résidents Remarque 2 : Les enquêtes de satisfaction devraient également être destinées aux résidents et devraient faire l'objet d'une analyse par la direction et les équipes.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	1.4.1. La direction La direction est-elle impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités administratives compétentes ? Réf. : R331-8 du CASF ?	
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. Le responsable qualité Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? HAS, <u>"Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</u> Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?	La directrice est référente qualité.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. Les professionnels référents Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ? HAS, <u>"Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</u> Sont-ils connus de l'ensemble des professionnels ?	Un référent « bientraitance » avait été désigné au sein de l'établissement mais ce dernier a quitté l'établissement et depuis la directrice a repris cette mission. La directrice est également référente « sécurité ». La cadre de soins est référente « hygiène ». L'existence et l'identification des référents thématiques ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels. Il ressort de ce qui précède que la directrice est référente de l'ensemble des thématiques ce qui ne permet pas de diffuser les bonnes pratiques aux équipes. Remarque 3 : Les référents devraient être identifiés et être des agents de proximité pour une diffusion continue de l'information.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)	Il existe un plan d'amélioration continue de la qualité. La directrice est accompagnée par le siège sur ce volet.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>D311-25 CASF</u> (CVS ou autre forme de participation dans la démarche d'évaluation de la qualité des prestations) <u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</u> (Critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la HAS) <u>HAS-Procédure d'évaluation des ESSMS-mai 2022</u> Les actions du plan qualité sont-elles mentionnées dans le rapport annuel d'activité ? <u>D312-203 CASF</u> (ESSMS-action PACQ dans rapport d'activité) 1.4.5. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui est intégrée au projet d'établissement issue d'une réflexion portée par l'encadrement avec la participation du personnel et des personnes ? <u>D311-38-3-CASF</u> (politique formalisée) <u>HAS 2008 La bientraitance page 36</u> <u>HAS 2008 Directeur et maltraitance page 19</u>	Cependant, à la lecture du PACQ, la mission constate que ce dernier n'est pas suffisamment suivi. En effet, seules 47% des actions inscrites au plan ont été finalisées, soit 27 sur 57. De plus, 25 actions identifiées en 2023 ne sont à ce jour pas réalisées selon le PACQ. Écart 9 : L'absence de suivi des actions du PACQ constitue un écart aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles
1.4. Gestion de la qualité		Il n'existe pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance bien que le projet d'établissement comporte une partie dédiée à la bientraitance. La mission n'a pas constaté l'affichage accessible et visible du numéro 3977 dans les espaces communs. D'autre part, plusieurs constats réalisés par la mission lors de l'inspection confirment l'absence de politique bientraitance au sein de l'établissement : - absence d'activités observée lors des deux journées d'inspection, - absence d'hydratation suffisante en période de canicule (vigilance rouge), - diverses carences constatées par l'équipe médicale (cf note médicale), - enfermement en chambre relatif lors des entretiens, - les familles ne disposent pas de la liberté de visiter leurs proches dans les étages ou dans leur chambre sans autorisation préalable de la direction - attitude non adaptée voire déplacée des professionnels envers les résidents (musicothérapeute qui pratique un massage des cuisses d'une résidente, professionnelle qui enjambe un résident allongé par terre en lui demandant de se pousser)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 10 : En ne concrétisant pas la mise en place d'une politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-38-3 et L311-3 du CASF.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u> <u>HAS-Directeur et maltraitance 2008 (pages 16 à 24)</u> L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations : - En ayant connaissance des risques et des obligations leur incombant, lesquelles sont inscrites à leur fiche de poste, à leur feuille de route, à leur DUD, etc.; - En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ; - En nommant un référent bientraitance ; - En sensibilisant, informant et formant le personnel, - En organisant l'analyse de leur pratique ; - En formalisant dans leur fiche de poste la bientraitance comme une mission pour tous les jours ; - En organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et intérimaires pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ; - En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PAI. <u>L311-3 (7^e alinéa) CASF (Informier et faire participer les personnes)</u> Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance : - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; - Par la sensibilisation et la formation ;	Un référent « bientraitance » avait été désigné au sein de l'établissement mais ce dernier a quitté ses fonctions. La directrice a depuis repris cette mission. Des groupes d'analyse des pratiques ont lieu deux fois par mois et le sujet de la bientraitance y est abordé. Sur la fiche de poste des IDE figure la mission suivante : « participer à la promotion de la bientraitance »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	- Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ; - Par des actions de prévention de l'usure professionnelle HAS 2008 Directeur et maltraitance page 27 à 35	Écart 11 : Aucune formation relative à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance ne figure sur les plans de formation 2024 et 2025. Le PACQ comporte plusieurs actions relatives à la bientraitance.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ? Pour prévenir la survenue du comportement problème, les besoins des personnes sont-ils identifiés ainsi que les facteurs de risque et les facteurs de protection (moyens de communication ; prise en compte de l'environnement) ? HAS- « Les comportements problèmes » prévention et réponse, volet 1 « Organisation à privilégier et stratégies de prévention » -2016 Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par : - Des procédures de gestion des comportements problème ;	La réponse aux comportements « problèmes » n'est pas formalisée mais le projet d'établissement fait état de groupes d'analyse des pratiques (bi mensuels) dont l'objectif est d'aborder les situations complexes de façon commune et interdisciplinaire. Les professionnels sont accompagnés par la psychologue de l'établissement. Les professionnels n'ont pas connaissance de l'existence d'une procédure de gestion des comportements « problèmes ». Les entretiens ont également révélé que certains profils sont particulièrement difficiles à prendre en charge notamment du fait de crises de violences mettant les professionnels en difficulté. Pour ces profils, un enfermement en chambre est préconisé sans que celui-ci ne soit limité dans le temps et sans traçabilité des surveillances. Écart 12 : En l'absence de procédures de gestion des comportements problèmes, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mettant en danger les professionnels et les résidents ce qui ne permet pas de garantir leur sécurité, leur dignité et leur intégrité. Le sujet est traité en réunion institutionnelle ou lors des groupes d'analyse des pratiques.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	- Par la sensibilisation et la formation ; HAS-« Les « comportements problématiques » : prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention »-2016 - Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs ; Le PAI des usagers présentant un « comportement problème » est-il régulièrement actualisé ? (Bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.) HAS-« Les « comportements problématiques » : prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention »-2016 Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ? HAS-« Les « comportements problématiques » : prévention et réponses, volet 3 « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement »-2017	Une formation intitulée « accompagner les troubles du comportement » s'est tenue en 2024 et a concerné 2 salariés. Une formation « troubles du comportement » figure sur le plan de formation de l'année 2025 et concerne 6 salariés. Il existe une salle snoezelen mais pas de salle de calme retrait et d'apaisement. Remarque 4 : Aucune salle de calme/retrait n'est présente au sein de l'établissement.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.8. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement) Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de : - L'ARS ; L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements graves) R331-8 CASF (transmission aux autorités des dysfonctionnements graves selon formulaire) L119-1 CASF (Définition maltraitance) Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESSMS - Le magistrat concerné ; HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (page 37) Art. 40 du Code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit-ESSMS public)	Il n'existe pas de procédure de déclaration en cas de maltraitance dédiée, celle-ci étant comprise dans celle des EI/EIG. Aussi, si le document prévoit la déclaration auprès de l'ARS, il ne prévoit pas la déclaration auprès du magistrat. Écart 13 : En ne prévoyant pas dans la procédure la déclaration des cas de maltraitance auprès du magistrat concerné, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale et aux RBPP HAS. . Seulement pour rappel à la direction d'ESSMS : Art. 434-3 du Code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance sur mineur ou personne incapable de se protéger en raison de son âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse) Seulement si rappel à la direction et médecins : Art. 226-14 du Code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ? <u>L313-24 du CASF (protection des professionnels signalant)</u> En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ? <u>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (page 37)</u> Comment sont abordées les situations de violences, de violences sexuelles ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Réf : <u>Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit)</u> <u>Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance)</u> L 331-8-1 CASF <u>Art. 226-14 du code pénal</u>	

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>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u> Les procédures de déclaration en interne d'événement indésirables sont-elles connues des professionnels ? <u>L1413-14 CSP (ES et ESSMS-déclaration à l'ARS et gestion EIGS)</u> <u>R1413-67 CSP (définition EIGS)</u> <u>R1413-68 CSP (obligation de déclaration en interne et à l'ARS)</u>	Les entretiens ont révélé que les procédures de déclaration en interne d'événements indésirables ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels et qu'ils ne sont pas formés à la classification et à l'identification des différents événements indésirables. Aussi, le dysfonctionnement répété des ascenseurs n'a pas été déclaré à l'ARS. Ce dysfonctionnement empêché les résidents de déjeuner dans le réfectoire situé au rez-de-

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>Arrêté du 28/12/2016 modifié</u> (Nature des 11 dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives) HAS, <u>"Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25)</u> HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des <u>ESSMS-mars 2022</u> (Critère impératif 3.12 du guide d'évaluation de la HAS- recueil et le traitement des plaintes et des réclamations) Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Les EIG sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS) <u>L331-8-1 CASF</u> (obligation de déclaration des EIG aux autorités) <u>R.331-8 à 10 CASF</u> (Modalités de déclaration EIG aux autorités) <u>Arrêté du 28/12/2016 modifié</u> (Nature des 11 dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives) <u>R1413-67 à 73 CSP</u> (déclaration et suivi des EIGS) <u>R1413-79 CSP</u> (déclaration des infections associées aux soins (IAS))	chaussée pendant deux semaines, et de pouvoir bénéficier de cet espace climatisé en continu pendant la période de canicule. Pour autant un logiciel interne de déclaration des EI/EIG a été mis en place et un support de présentation a été transmis à la mission. Écart 14 : En ne déclarant pas les dysfonctionnements graves à l'ARS l'établissement contrevient aux dispositions des articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF. Remarque 5 : Les professionnels ne connaissent pas les classifications des EI et EIG, ce qui les empêche de les déclarer sur la plateforme dédiée.

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. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure La composition de l'équipe pluri-professionnelle répond-elle aux exigences réglementaires ? Réf. : Art D. 344-5-13 CASF Professions de santé mobilisées ? Pluridisciplinarité avec des compétences dans les domaines médical, paramédical ? Des intervenants extérieurs par convention ? Diplômes Ref : D344-5-12 CASF (Composition équipe pluridisciplinaire) D344-5-11 CASF (Missions équipe pluridisciplinaire) D.344-5-2 CASF (Besoins de prise en charge)		Un médecin coordonnateur exerce au sein de la structure à hauteur de 0.2 ETP. Ce temps de médecin est insuffisant pour lui permettre de réaliser ses missions particulièrement lorsqu'il est également le médecin traitant de l'ensemble des résidents. D'autre part, il n'y a pas de médecin psychiatre ni de médecin en rééducation fonctionnelle présents au sein de l'établissement contrairement à ce qui est indiqué sur le projet d'établissement L'EPRD 2025 déposé par le gestionnaire présente un temps de 0.06 ETP de psychiatre, de 0.11 ETP de médecin en rééducation fonctionnelle et de 0.20 ETP de médecin généraliste. Les postes de psychiatre et de médecin rééducation fonctionnelle ne sont pas pourvus. Aussi, le temps de médecin réellement présent est insuffisant au regard du nombre de résidents. Écart 15 : En l'absence de temps suffisant de médecin généraliste et en l'absence de temps de psychiatre et de médecin en rééducation fonctionnelle, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 344-5-13 du CASF Une Infirmière en Pratique Avancée, salariée de l'APAJH, exerce au sein de la structure . Elle partage son temps entre différents établissements.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comporte au moins : Article D344-5-13 Recours à des intervenants extérieurs par convention ? Article D344-5-14, 1°) CASF	L'analyse des effectifs de l'établissement n'a pas pu être réalisée par la mission en l'absence de la transmission des documents n°43, 44, 44b, 71, 78 et 79. Aussi, la mission n'a pas pu prendre connaissance de glissements de tâches éventuels, de la cohérence entre les contrats, les qualifications des professionnels et les affectations au sein de l'établissement. Néanmoins, la mission a eu connaissance de 9 postes vacants dont plusieurs postes de coordonnateurs et d'AS. D'autre part, la mission a pu constater lors de l'analyse de l'EPRD 2025 et en comparant avec l'ERRD 2024 une réduction [REDACTED] ETP. Cette réduction comprend [REDACTED] P socio éducatifs. Cette réduction des effectifs prévisionnels présente un risque pour le bon accompagnement des résidents, présentant un taux d'encadrement inférieur à la moyenne. Écart 16 : En ne transmettant pas l'ensemble des documents relatifs aux effectifs, l'établissement entrave le bon déroulement de la mission d'inspection tel que prévu par les articles L1421-1 et L1421-2 du CASF. Des conventions avec des professionnels extérieurs ont été conclues sans que ces dernières n'aient été transmises à la mission. Aussi leur existence n'a pas pu être constatée. Écart 17 : En ne disposant pas de convention avec les professionnels libéraux intervenant au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions de l'article D344-5-14 1° du CASF
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.2. Les dossiers administratifs des professionnels Les professionnels de la structure possèdent-ils les diplômes nécessaires à l'exercice de leurs compétences ?	L'analyse des dossiers administratifs des professionnels ont permis à la mission de constater leur incomplétude : absence de fiche de postes, B3 présents dans les dossiers (seule une fiche de traçabilité devrait être présente dans les dossiers), entretiens annuels anciens ou absents.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils : - Contrat d'embauche et les éventuels avenants ; - Diplôme ; Les professionnels ont-ils tous un diplôme correspondant à leur fonction ? <u>Article D344-5-14 (Les professionnels sont diplômés)</u> <u>Travailleur social : L451-1 CASF (formation et agrément)</u> <u>Educateur spécialisé : D451-41 CASF (mission/diplôme),</u> <u>Moniteur-éducateur : D451-73 CASF (diplôme/mission)</u> <u>IDE : D4311-16 CSP (diplôme),</u> <u>AS : L.4391-1 CSP (diplôme), Arrêté du 10/06/2021 (formation DE-AS)</u> <u>Kiné D4321-14 CSP (diplôme),</u> <u>Enseignant en activité physique adaptée (APA) : D1172-2 CSP (diplôme)</u> <u>Orthophoniste : L4341-1 CSP (missions), L4341-3 CSP (diplômes équivalent)</u> <u>Psycho-motricien : L4332-1 CSP (missions), L4332-2 CSP (diplôme)</u> <u>AES (AMP,AVS): D451-88 et D451-89 CASF (diplôme AES (AMP,AVS)), Arrêté du 29/01/2016</u> (formation DE- AES (AMP,AVS)- suivi de la carrière ; - Inscription à l'Ordre ; Obligation d'inscription aux ordres : <u>médecins : L4111-1 CSP et L4112-5 CSP</u> <u>pharmaciens : L. 4221-1 (3°) CSP</u> <u>IDE : L4311-15 CSP</u> <u>Massesurs-kinésithérapeutes : L4321-10 CSP</u> <u>Pédicures-podologues :L4322-2 CSP</u> <u>L4314-4 CSP et L4314-5 CSP (sanction exercice infirmier illégal)</u> - L'original de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route signé par l'employeur et le salarié - Plan de formation individuelle ; - Entretien d'évaluation périodique <u>L6315-1 Code du travail (entretien professionnel-Secteur privé)</u>	Écart 18 : En l'absence de fiches de postes dans les dossiers administratifs des professionnels et en l'absence d'entretiens annuels, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L6315-1 du Code du travail

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>L521-1 à 5 Code Fonction publique</u> (appréciation de la valeur professionnelle tous les ans-Secteur public) Les professionnels ont-ils eu : - À leur embauche, 1 cliché pulmonaire datant <à 3 mois avant la prise de poste et 1 test BCG ; La consultation des bulletins du casier judiciaire (B3 [privé], B2 [public]) est-elle tracée dans un fichier de vérification ? <u>Art. 776 (3° et 9° alinéa) Code de procédure pénale</u> (délivrance autorisée du bulletin n°2 du casier judiciaire) <u>Décret 2019-381 du 29 avril 2019</u> (Professions réglementées nécessitant la consultation du casier judiciaire pour protéger la sécurité des personnes et des biens) <u>D571-4 à D571-7 du Code de procédure pénale</u> (vérification bulletin 2 casier judiciaire-secteur public-demandé par l'administration) <u>L133-6 CASF</u> (incapacité de travailler en ESSMS si condamnation pour crime ou délit cités dans l'article) <u>CNIL</u> -Secteur privé-déclaration de vérification des casiers (B3) dans un fichier de gestion du personnel sans garder de copie, fichier envoyé à l'ARS) <u>L1222-2 du Code du travail</u> recueil d'info pour apprécier les aptitudes professionnelles (casier judiciaire)	Les B2 des professionnels n'ont pas été vérifiés à l'embauche, la directrice n'étant pas au courant de cette exigence.
21. Gestion des ressources humaines	2.1.3. Le plan de formation des professionnels Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ? <u>Article D344-5-10, 2°) Formation continue et soutien permanent des professionnels</u> <u>Article D344-5-16 Partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques.</u> HAS, <u>« Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance », 2008</u> HAS, <u>"Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</u> Y-a-t-il des formations en internes au sein de la structure ? Y-a-t-il des professionnels en VAE actuellement ? Les professionnels ont-ils accès aux formations relatives:	Un plan de formation pour 2024 et 2025 a été transmis à la mission. Plusieurs attestations de formation ont également été transmises. Plusieurs professionnels sont en VAE ou formation qualifiante au sein de l'établissement ce qui témoigne de la volonté de la direction de faire monter en compétence les professionnels.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	- Aux gestes d'urgence (AFGSU), - A la sécurité incendie, - Aux situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU SSE), - A la sécurité et santé mentale du travailleur (issu notamment du DUERP), <u>L4121-3 code du travail (DUERP : évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs)</u> - A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance, - Aux troubles du comportement et/ou sensoriels, - Aux « comportements problèmes », - Aux communication alternatives (Makaton, PECS, ...). <u>L4121-1 code du travail (Employeur doit assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs)</u>	

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
23. Gestion d'information	2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u> Un registre unique du personnel est-il tenu à jour <u>L1221-13 du Code du travail (registre unique du personnel)</u>	Un registre unique du personnel existe. Néanmoins la mission n'a pas pu constater de sa tenue à jour celui-ci n'ayant pas été transmis à la mission en version excel (pièce n°43 – registre unique du personnel – tableau des personnels salariés à la MAS...).
23. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u> Le registre des entrées et sorties existe-il ? <u>L331-2 CASF (accès permanent au registre Entrées/Sorties des usagers)</u>	L'établissement ne dispose pas de registre des entrées et des sorties. Il a été demandé lors de l'inspection (pièce n°13) mais ni la directrice, ni l'agent d'accueil, ni la secrétaire n'en avait connaissance.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Le registre des entrées et sortie est-il signé par le maire ? R331-5 CASF (<i>registre E/S paraphé par le maire</i>)	Lors de l'inspection il a été transmis à la mission la liste des résidents présents au jour de l'inspection. Cette liste n'était pas à jour, un résident y figurant alors que décédé depuis plusieurs mois. L'absence de mise à jour de cette liste, associée à l'absence de registre des entrées et des sorties constitue un risque pour la sécurité des résidents. Écart 19 : En ne maintenant pas à jour la liste des résidents présents ni le registre des entrées et des sorties, l'établissement contrevient aux dispositions des article L311-2, R331-5 et L311-3 du CASF.

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. L'état général du bâtiment Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	La MAS est hébergée dans un bâtiment ouvert au public en 2003. Il s'agit d'un bâtiment d'environ 3800m2 dont l'APAJH95 est propriétaire. Ce bâtiment a été construit sur un large terrain offrant plusieurs possibilités de promenades et d'activités extérieures. C'est un bâtiment lumineux dans l'ensemble avec de nombreuses fenêtres et puits de lumière. Ceux-ci sont principalement en tôle, ce qui dégrade l'isolation thermique du bâtiment. Il s'ouvre sur un jardin et 3 terrasses/patios. Elle s'étend sur 2 niveaux : un rez de jardin et un rez de chaussée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u> Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Au jour de l'inspection l'ascenseur permettant aux résidents de circuler entre l'étage et le rez de jardin était en panne. Les échanges ont démontré que cette panne était de longue durée (au moins 2 semaines) et récurrente. Dans l'une des unités, la mission a constaté qu'une porte donnant sur les escaliers extérieurs menant eux-mêmes sur un parking n'était pas fermée à clé, présentant un risque de fugues et de chutes pour les résidents. Plusieurs salles de bain étaient en cours de réfection. Le mobilier était abîmé présentant parfois un risque pour la sécurité des résidents accueillis. Les canapés des unités étaient par exemple éventrés, laissant la mousse s'échapper et présentant un risque d'étouffement.  D'autre part, les panneaux d'affichage au sein des unités et de l'agora ne sont pas protégés, laissant l'ensemble des affiches et les punaises qui les maintiennent à la portée des résidents. Cela présente un risque d'ingestion compte tenu des profils accueillis.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		 Enfin, plusieurs rideaux dans les unités qui visaient à isoler les lits des résidents de l'accueil de jour étaient largement déchirés. Écart 20 : En ne réalisant pas l'entretien des réparations nécessaire au bon fonctionnement et à la sécurité des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	2.4.1. Les chambres Equipement de la chambre ? Article D312-159-2, CASF	Les chambres sont relativement spacieuses et peuvent être personnalisées par les résidents et leurs familles.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Sanitaires et salles de bain individuels	Les salles de bain sont attenantes aux chambres et sont partagées par 2 résidents. Elles sont en cours de réfection dans certaines chambres.
	Système d'appel malade : description, reports, fonctionnel, traçabilité des appels, audits réguliers, action corrective pour non réponses identifiées	Il n'existe pas de système d'appel malade au sein de l'établissement.

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5.1. Sécurités	2.5.1. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) Y-a-t-il un DUERP ? <u>L4121-3 code du travail (DUERP : évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs)</u>	Le DUERP 2024 a été transmis à la mission.
2.5.2. Sécurités	2.5.2. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI) Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ? <u>R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI)</u> Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ? <u>Arrêté du 7 septembre 1999 (modalités d'entreposage des DASRI et pièces anatomiques)</u>	Aucune convention DASRI n'a été transmise à la mission, ne lui permettant pas de contrôler les respects des délais fixés réglementairement entre la collecte des DASRI et leur traitement. Écart 21 : en ne disposant pas de convention DASRI, l'établissement contrevient à l'article 11 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés. Il n'existe pas de local dédié DASRI mais uniquement une boîte en carton posée à terre dans l'infirmerie et accessible à tous les résidents puisqu'elle est proche de la porte souvent ouverte qui donne sur l'agora. Remarque 6 : Le marquage du carton au nom du producteur ne permet pas de l'identifier précisément (il manque la commune) et l'entreposage en infirmerie ne devrait pas dépasser 1 mois La poubelle du poste de soin était fermée. En revanche le container DASRI était à la vue de tous étant donné l'ouverture permanente de

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Le marquage des DASRI est-il conforme ? R1335-6 CSP (conditionnement, marquage et stockage des DASRI) Arrêté du 24 novembre 2003 (emballages des DASRI et pièces anatomiques)	l'infirmier. Ce dernier était ouvert depuis le 17 avril 2025. Document 1. Poubelle DASRI présente dans le poste de soin 

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> Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ? Existe-t-il une commission d'admission ? Si oui, sa composition et sa fréquence ou modalités d'organisation ? Si non, l'admission est-elle prononcée après avis des membres de l'équipe pluridisciplinaire ? Réf. : HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018 Réf. : L. 241-6, L. 311-3, 2° et R 146-36 du CASF. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/harmoniser-les-admissions-en-ile-de-france et CPOM	La directrice indique ne pas utiliser [REDACTED] La procédure d'admission a été transmise à la mission. Les dossiers sont reçus par l'agent d'accueil et transmis à la direction qui effectue un tri en priorisant les ressortissants du Val-d'Oise. Le médecin étudie le dossier et sélectionne en fonction de la pathologie, des soins et en veillant à un équilibre sur la MAS. Si la demande est irrecevable, la secrétaire archive le dossier et rédige un courrier de notification de refus avec une phrase type Si la demande est recevable mais qu'il n'y a pas de places, alors le dossier est placé sur liste d'attente. Si la demande est recevable et qu'il y a de la place, l'admission est réalisée. Les dossiers sont présentés à la direction, la cheffe de service, la psychologue et la coordinatrice d'unité. Il n'y a pas de commission d'admission identifiée par tous. Une rencontre est organisée avec l'établissement qui oriente la personne, puis avec la famille. Il n'est pas fait mention d'une visite de l'établissement. Un stage d'observation est proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission. Celui-ci prend la forme de demi-journées au sein de l'unité ciblée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission <u>Article D344-5-11 CASF</u>	La mission n'a pas constaté la réalisation de bilan pluridisciplinaire. Écart 22 : En ne réalisant pas de bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne dès son admission, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »</u> La structure participe-t-elle à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) pour l'élaboration de piste d'action individualisées pour des usagers sans solution ou pour des usagers dont la situation est complexe ? La structure reçoit-elle des dossiers d'admissions issu d'un plan d'accompagnement global (PAG), faisant suite aux GOS, pour les usagers sans solution ?	La structure ne participe pas aux groupes opérationnels de synthèse. La structure ne reçoit pas de dossiers d'admissions de la part de la MDPH car elle n'utilise pas Via Trajectoire et n'est pas en lien avec le DIH ou la MDPH pour organiser les admissions. Écart 23 : En ne participant pas au groupes opérationnels de synthèse et en n'utilisant pas l'outil Via Trajectoire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'objectif 2 (2.1, 2.2 et 2.3) du CPOM 2022-2026 signé par l'APAJH95.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour</u> Un DIPC est élaboré à l'admission de l'usager ? <u>L311-4(4^e alinéa) CASF (contrat de séjour)</u> Contenu conforme : 1° Tient compte de la situation spécifique des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, de leur projet de vie et de leur famille ; 2° Détaille les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge ;	Tous les dossiers administratifs des résidents étudiés comportaient un contrat de séjour signé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3° Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant. Article D344-5-4 CASF La participation et le consentement de l'utilisateur sont recherchés lors de l'élaboration du DIPIC ? (Signature de l'utilisateur ou son représentant légal) L311-4(4° alinéa) CASF (participation de l'utilisateur au DIPIC) L311-4(5° alinéa) CASF (consentement de l'utilisateur au DIPIC)	
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. Le livret d'accueil Un livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal ? L311-4 CASF (livret d'accueil remis à l'utilisateur et son représentant légal) Le livret d'accueil comprend-il : - La charte des droits et libertés de la personne accueillie ; - Le règlement de fonctionnement ; L311-4 CASF (contenu livret d'accueil) Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 contenu du livret d'accueil	Les livrets d'accueil ou la preuve de leur transmission aux familles et aux résidents ne sont pas inclus dans les dossiers administratifs des résidents. Écart 24 : En ne remettant pas le livret d'accueil à l'utilisateur et/ou à son représentant légal, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. Les médecins traitants Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?	Seul un résident dispose d'un médecin traitant. Aussi, l'ensemble des résidents sont suivis par le médecin de la structure qui est présent à 0,2 ETP. Remarque 7 : Les usagers ne disposent pas d'un médecin traitant identifié par la structure.

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.6. Les transmissions inter équipes Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ? Qui assure le pilotage des transmission inter équipes ? Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ? Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) <u>L. 311-3 (4°) CASF (confidentialité des infos concernant le résident)</u> <u>R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique)</u> <u>R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)</u>	Les temps de transmissions orales ne sont pas aménagés dans les plannings des salariés (pas de chevauchements). Les équipes indiquent avoir recours à la transmission orale. Les transmissions écrites se font via le logiciel [REDACTED] auquel l'ensemble des salariés habilités ont accès, dont les vacataires.
	3.1.7. Relations avec la MDPH	
	Les relations avec la MDPH sont-elles institutionnalisées ? Y a-t-il un interlocuteur identifié au sein de la structure ? Existe-t-il des échanges informels (mails, téléphones) entre la MDPH et l'établissement sur la situation de certains adultes ? Réf. : <u>Article L241-6, Article R146-36 CASF</u> <u>« Qualité de vie en MAS-FAM, volet 3 : Le parcours et les formes souples d'hébergement », 2014 HAS</u>	Les échanges avec la MDPH ne sont pas systématiques. Aussi, la MDPH n'a pas été informée que des places étaient disponibles au sein de l'établissement et n'a pas non plus été informée du décès d'un résident ne permettant pas de fermer son dossier administratif auprès de ses services. Écart 25 : En l'absence de transmission des informations concernant les places disponibles et les décès au sein de l'établissement à la MDPH l'établissement ne peut répondre aux dispositions de l'article R146-36 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.
	Participez-vous à la CDAPH ?	La directrice ne participe pas à la CDAPH.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	La MDPH vous a-t-elle saisi cette année pour participer à un groupe opérationnel de synthèse ? Avez-vous proposé un dossier de situation complexe à étudier en GOS ? Article L146-8 alinéa 4, CASF	La directrice a été saisie plusieurs fois pour participer à un GOS mais elle n'a jamais répondu présente. (CF écart 23) .

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 d'accompagnement individualisés (PIA) : Chaque usager a un projet individualisé d'accompagnement ? L311-3 (3°) CASF (PAI et consentement l'usager) Article D344-5-11 (Accompagnement individualisé défini dans les contrats de séjour) Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ? Article D344-5-11 (bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne avec actualisation dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur) Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ? Article D344-5-10 CASF Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ? Existe-t-il des réunions de synthèse régulières ?	Tous les usagers ne disposent pas d'un PIA complet, récent et à jour. Les PIA présents dans les dossiers administratifs datent d'entre 2017 et 2023. Les aides-soignants sont référents des résidents. Chaque aide-soignant est référent de trois résidents. Les coordonnateurs (éducateurs) sont référents des professionnels pour chaque unité. Il n'y a pas de réunion de synthèse systématique sur le sujet des PIA ou du suivi des résidents. Écart 26 : L'absence de PIA ou de leur actualisation pour l'ensemble des résidents et l'absence systématique des réunions de synthèse contreviennent aux dispositions des articles L311-3 et D344-5-11 du CASF.

3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.1. <u>Les personnes qualifiées départementales</u> Une liste départementale de personnes qualifiées est-elle à disposition des usagers et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ? <u>L311-3 (6°) CASF</u> (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) <u>L311-5 CASF</u> (appel à une personne qualifiée)	La mission n'a pas constaté l'affichage de la liste des personnes qualifiées. Écart 27 : En n'affichant pas la liste départementale des personnes qualifiées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-5 du CASF
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. <u>La personne de confiance des usagers</u> Les usagers et les familles sont-ils informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP) ? <u>D311-0-4 CASF</u> (ESSMS informe le résident sur la personne de confiance) <u>Annexe 4-10 CASF</u> (désignation et mission de la personne de confiance) Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission dans le dossier des usagers ? <u>L311-4 (alinéa 4) CASF</u> (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) <u>L311-5-1 CASF</u> (désignation d'une personne de confiance)	Aucun élément concernant la désignation d'une personne de confiance n'a pu être constaté par la mission d'inspection, que ce soit dans les dossiers administratifs des résidents ou les affichages de l'établissement. Écart 28 : En n'informant pas les familles de la possibilité de désigner une personne de confiance et en ne l'identifiant pas dans le dossier des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-4, L311-5-1 et D311-0-4 du CASF.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.3. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u> Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? photos, étiquette, bracelet, ... <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité des usagers)	Des affichages sont mis en place à l'entrée de la chambre de chaque résident (nom + photo).

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.1. Relations avec les familles Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ? L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ? Y-a-t-il un moyen de communication entre la structure et les familles (cahier de liaison, réunion, mail, journée à thème, journée portes ouvertes aux familles, ...) Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ?	Il n'existe pas de rencontre formalisée entre les professionnels et les familles. Des événements sont organisés au courant de l'année permettant ces rencontres informellement. La psychologue se rend disponible pour proposer une écoute aux familles. La directrice évoque que l'enquête de satisfaction est organisée en conduisant des entretiens avec les familles. La fréquence de ces enquêtes n'a pas été mentionnée et le compte-rendu de ces entretiens n'a pas été transmis. Un carnet de liaison entre les familles et les équipes est mis à disposition dans chaque unité. Les familles sont autorisées dans le hall d'entrée où se trouvent une table avec des chaises. Il y est possible pour les familles de se réunir dans la salle cinéma ou dans la cuisine thérapeutique. Ces espaces sont peu adaptés en termes de confort, d'accessibilité et d'intimité. Une autre salle dédiée est en cours d'aménagement Si la famille demande à se rendre sur l'unité, la demande doit être formulée à la direction au moins 5 jours avant et doit être acceptée par la direction. La famille doit rester dans la chambre de son proche et ne peut pas rester dans l'espace commun de l'unité. Écart 29 : En ne permettant pas aux familles de rendre visite librement à leurs proches dans leurs chambres, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 du CASF et L311-4 du CSP. Remarque 8 : un lieu intimiste dédié à l'accueil des familles devrait être mis en place au sein de l'établissement.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. Organisation de sortie extérieure	Des sorties extérieures sont organisées : - Bowling - Piscine - Patinoire

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	La structure organise-t-elle des sorties extérieures : - Sur une journée ; - Sur plusieurs jours ?	- Equithérapie - Restaurant - Plage (Normandie) - Zoo - Ferme pédagogique - Partenariats avec le centre culturel et numérique de Garges-lès-Gonesse Néanmoins, l'irrégularité de ces sorties a pu être constatée. Les entretiens menés ont révélé que les activités dépendent de la volonté des professionnels de chaque unité et qu'elles ne sont pas programmées à l'avance, même au quotidien. Remarque 9 : Les sorties extérieures sont peu nombreuses, ne sont pas planifiées et dépendent de la volonté des professionnels de chaque unité.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. Vie relationnelle, affective et sexuelle Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ? Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ? Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ? <i>Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. 5 juillet 2021</i>	Des moments inter-unités sont organisés. Concernant l'intimité des usagers, la prise en soin des résidents en accueil de jour est à revoir. Il n'y a pas de pièce ni de projet dédié à l'accueil de jour. La présence d'un lit dédié au change et au repos de ces résidents dans un coin dell'espace commun des différentes unités ne garantit pas leur intimité. Aucune procédure n'est formalisée relativement à la vie intime et sexuelle des usagers. La psychologue avait débuté un travail de formation et de sensibilisation sur ce sujet auprès des salariés avant son arrêt maladie (de janvier à juillet 2025). Les salariés expriment avoir des doutes sur la réaction à avoir face à des comportements intimes entre deux résidents. Écart 30 : En ne formalisant pas de procédure relative au respect de la vie affective et sexuelle des résidents l'établissement contrevient aux dispositions de la circulaire n°DGCS/SD3B/2021/147.

3.5. Vie quotidienne

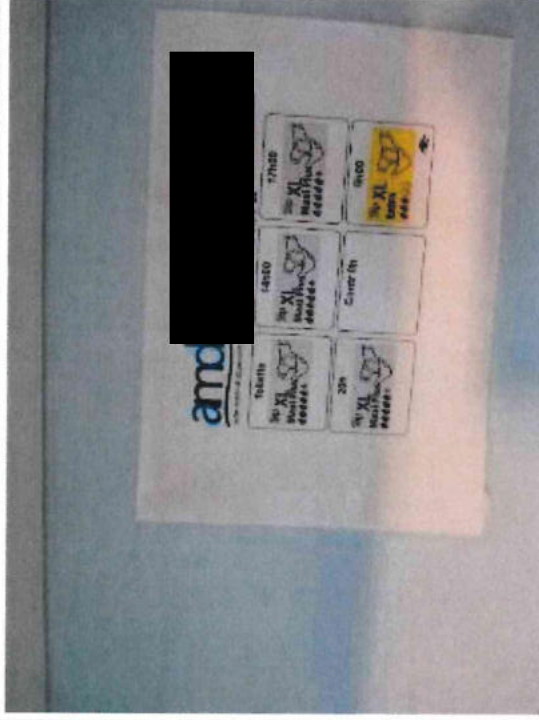
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u> Y a-t-il une organisation pour le transport : - Entre leur domicile et la structure ? - Entre la structure et l'internat ? Y a-t-il des conventions passées avec les chauffeurs ?	Une société privée organise le transport pour les externes.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.2. <u>Les activités</u>	Lors de l'inspection, un intervenant extérieur, [REDACTED] a été observé dans une pièce, dans la pénombre, diffusant une musique douce et procédant simultanément à un massage des cuisses d'une résidente en situation de handicap, installée en fauteuil roulant. La mission a demandé à la directrice de lui transmettre immédiatement : - Le diplôme de l'intervenant ; - Le protocole de soin lié à l'activité ; - La convention de l'intervenant. Cette demande visait à justifier les agissements de l'intervenant mais aucun des documents demandés n'a été transmis. Écart 31 : En l'absence de convention, de projet thérapeutique de l'activité, de vérification du diplôme, de vérification du casier judiciaire de l'intervenant en musicothérapie et en ne cadrant pas la recherche du consentement des résidents susceptibles d'être massés lors de cette intervention, l'établissement ne garantit pas la sécurité, l'intégrité et la dignité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
		La mission d'inspection a constaté, lors de l'inspection, que peu d'activités sont proposées aux résidents qui se promènent dans les unités ou regardent la télévision.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les plannings d'activité individuels ne sont pas affichés, ce qui ne permet pas aux résidents de connaître leur emploi du temps de la semaine. Les transmissions n'ont pas non plus permis de constater que les résidents participent tous à des activités. Lorsque des activités sont prévues, elles ne sont pas compatibles avec les contraintes médicales prescrites par le médecin. En effet, lors de l'inspection, la mission a souhaité observer une activité proposée à une résidente à 15h (heure inscrite dans l'espace de vie de l'unité). L'activité n'ayant pas lieu, la mission a interrogé une professionnelle qui a indiqué que cette résidente avait une « prescription de sieste ». Cette résidente devait rester alitée pendant 2h chaque jour après le repas afin de la sortir de son fauteuil, rendant incompatible le planning d'activité officiel avec cet impératif médical. L'absence d'activités en nombre suffisant ne permet pas de préserver et d'améliorer les acquis des personnes et/ou d'éviter leur régression. . Écart 32 : En ne proposant pas d'activités variées et adaptées aux prescriptions médicales et en n'affichant pas les plannings d'activité individuels de chaque résident dans un format adapté à leur handicap, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D344-5-12 et R344-2 du CASF et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

3.6. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.6.1. Le suivi de l'hygiène corporelle L'hygiène corporelle des usagers fait-elle l'objet d'une programmation, organisation ? L'hygiène corporelles des usagers est-elle suivie et tracée ?	L'hygiène corporelle fait l'objet d'un suivi sur [redacted] Une douche est planifiée par jour et par résident. Un plan de soin type et identique est disponible pour tous les résidents. En revanche, l'hygiène corporelle n'est pas tracée en temps réel, de même que le suivi des selles et urines. La traçabilité des actes est faite à distance et a posteriori . Lors des deux jours d'inspection, la mission n' a pas observé de toilettes ou de changes effectifs,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité selon leurs besoins)	Observations ou commentaires
		malgré le fait que l'équipe d'inspection a circulé largement dans la structure à toute heure de la journée. A noter que tous les résidents sont incontinents. La traçabilité à distance présente un risque d'absence de traçabilité ou d'administration de médicaments non nécessaires comme cela a déjà été le cas selon les entretiens menés. Écart 33 : En l'absence de traçabilité des actes d'hygiène corporelle en temps réel et en l'absence de constat de changements des résidents par la mission, notamment pour ceux en accueil de jour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.2. Les changes Les changes sont-ils effectués aussi souvent que nécessaire ? L311-3 (1°) CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)	Lors de l'inspection, la mission a constaté des tableaux qui indiquent quelle protection il faut mettre à chaque résident et à quel horaire. N'ayant assisté à aucun change lors des deux journées d'inspection, la mission n'a pu constater que les changes sont effectivement réalisés autant que nécessaire. Les temps planifiés pour les toilettes et les changes sont identiques pour l'ensemble des résidents. Compte tenu des effectifs par unité, il n'est pas possible que toutes les toilettes et que tous les changes soient réalisés de manière simultanée (cf écart précédent). Aussi, les plans de douches et de changes doivent être revus afin de correspondre à la réalité de la prise en charge. Écart 34 : Les plan de douche et de changes ne sont pas conformes à la réalité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
		<u>Document 2.</u> plan de change



La mission a relevé également dans le compte-rendu de la réunion des maîtresses de maison et de la cadre de santé du 28 septembre 2024 que :

Utilisation des protections

Malgré la fiche accolée dans chaque chambre de résident, le respect des codes couleurs n'est pas respecté ce qui engendre un manque et par conséquent un réapprovisionnement non prévu.

Il ressort de cette communication que les changes appliqués aux résidents ne sont pas toujours ceux prévus dans le plan de change et qu'ils ne sont donc pas systématiquement adaptés aux résidents.

Écart 35 : En ne garantissant pas systématiquement des changes adaptés aux résidents, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 et R344-2 du CASF.

La mission a constaté, pour les externes, l'installation d'un lit au milieu de la salle à manger / activité de chaque unité délimitée par des rideaux en toile souple. Ces lits sont destinés au repos des résidents de l'accueil de jour et à leur change. Les rideaux étant

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		très près des lits, le moindre mouvement d'un soignant ouvrirait le rideau lors d'un change, laissant le résident à la vue de toutes les personnes présentes dans l'espace. Cette installation ne permet pas de respecter la dignité et l'intimité des résidents de l'accueil de jour. Le fonctionnement de l'externat, validé dans le PV de conformité daté de septembre 2003, prévoit que chaque unité d'internat accueillera 2 externes. Ce fonctionnement n'a donc pas été revu depuis 22 ans, n'adaptant pas l'accueil aux évolutions des bonnes pratiques professionnelles. Écart 36 : En procédant au change des résidents de l'accueil de jour sur un lit situé au sein du lieu de vie de l'unité sans pouvoir garantir l'intimité et la dignité des personnes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 et D344-5-3 du CASF. Document 3. Lit pour les externes situé donnant sur l'espace de vie de l'unité  La mission s'interroge sur le respect de l'hygiène, le 1^{er} point d'eau n'étant pas à proximité du lit. D'après la cadre de santé, il n'y a aucun escarre chez les résidents. Le circuit du linge est à revoir et à formaliser ; lors de l'inspection, la mission a constaté qu'un agent transportant des draps sales et portant des gants souillés ouvrait toutes les portes de l'établissement avec ces mêmes gants, ce qui est un vecteur de contamination et d'épidémies.
34. /e quotidienne - Hébergement	Y a-t-il des temps planifiés pour des passages aux toilettes et les changes ? 3.6.3. Le circuit du linge	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Y a-t-il une procédure de la gestion du linge : - Plat ; - De toilette ; - Des vêtements personnels.	Le stockage du linge propre et celui du linge sale sont séparés dans deux pièces différentes. En revanche, le local du linge sale sert aussi de débarras. Les chariots de linges sales des professionnels débordent et ne sont pas fermés dans des sacs étanches. <u>Document 4.</u> Stockage des sacs de linges sales  <u>Document 5.</u> Stockage des tenues professionnelles



Lors de la visite avec la directrice, il a été expliqué :

- Que le linge plat, et de toilette, est géré par l'ESAT de l'APAJH. Il a été indiqué à la mission que les draps sont changés tous les jours.
- Que le linge du personnel est géré deux fois par semaine par une société externe « [REDACTED] ».
- Que le linge des résidents est envoyé dans un ESAT de l'APAJH et revient en vrac, le personnel doit alors trier ce linge. Il nous a été rapporté qu'il y aurait beaucoup de perte de linge personnel.

Dans le compte-rendu de la réunion en mai 2025, il apparaît que le manque récurrent de draps est une problématique.

Document 6. Extrait du CR réunion des maîtresses de maison – cadre de santé du 21 mai 2025.

Problématique

Manque de draps -- problématique récurrente

- Plusieurs unités signalent un manque fréquent de draps propres, parfois accentué en fin de semaine ou après des besoins imprévus.
- Cette situation engendre des difficultés dans la gestion du linge et un inconfort pour les résidents.
- Une évaluation des besoins réels par unité est demandée, ainsi qu'un réajustement des stocks disponibles.

Écart 37 : L'absence de procédure d'hygiène concernant le circuit du linge, le débordement des chariots à linge sales sans sacs hermétiques, l'utilisation des gants souillés pour ouvrir les portes de l'établissement, l'insuffisance de draps propres présentent des risques de contamination et d'épidémie, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.

4. Récapitulatif des écarts et des remarques incluant la note médicale

4.1. Écarts

Écart 1 :	En l'absence de règlement de fonctionnement l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-7 du CASF.	11
Écart 2 :	le projet n'établissement ne répond pas aux attentes de l'article L311-8 du CASF.	15
Écart 3 :	En ne mettant pas à jour et en n'affichant pas l'organigramme dans un lieu accessible à tous, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.	15
Écart 4 :	Par l'absence de soutien apporté à la directrice de l'établissement et l'absence d'adaptation des moyens de l'établissement permettant l'amélioration de la qualité du service rendu, le siège de l'APAJH 95 contrevient aux dispositions de l'article R314-88 du CASF.	16
Écart 5 :	En ne transmettant pas le DUD, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-1765-5 du CASF.	18
Écart 6 :	En n'affichant pas de manière visible et accessible l'ensemble des documents obligatoires, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-5, R311-34, L311-4 , R311-32-1 et L226,8 du CASF.	20
Écart 7 :	En ne vérifiant pas la signature des comptes rendus par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-16 du CASF et D311-20 du CASF.	20
Écart 8 :	En ne soumettant pas au CVS les plans d'actions mis en œuvre à la suite d'événements indésirables, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.	21
Écart 9 :	L'absence de suivi des actions du PACQ constitue un écart aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles	23
Écart 10 :	En ne concrétisant pas la mise en place d'une politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-38-3 et L311-3 du CASF.	24
Écart 11 :	Aucune formation relative à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance ne figure sur les plans de formation 2024 et 2025.	25
Écart 12 :	En l'absence de procédures de gestion des comportements problématiques, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mettant en danger les professionnels et les résidents ce qui ne permet pas de garantir leur sécurité, leur dignité et leur intégrité.	25
Écart 13 :	En ne prévoyant pas dans la procédure la déclaration des cas de maltraitance auprès du magistrat concerné, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale et aux RBPP HAS. .	26
Écart 14 :	En ne déclarant pas les dysfonctionnements graves à l'ARS l'établissement contrevient aux dispositions des articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.	28
Écart 15 :	En l'absence de temps suffisant de médecin généraliste et en l'absence de temps de psychiatre et de médecin en rééducation fonctionnelle, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 344-5-13 du CASF	29
Écart 16 :	En ne transmettant pas l'ensemble des documents relatifs aux effectifs, l'établissement entrave le bon déroulement de la mission d'inspection tel que prévu par les articles L1421-1 et L1421-2 du CASF.	30

Écart 17 :	En ne disposant pas de convention avec les professionnels libéraux intervenant au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions de l'article D344-5-14 1° du CASF	30
Écart 18 :	En l'absence de fiches de postes dans les dossiers administratifs des professionnels et en l'absence d'entretiens annuels, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L6315-1 du Code du travail	31
Écart 19 :	En ne maintenant pas à jour la liste des résidents présents ni le registre des entrées et des sorties, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-2, R331-5 et L311-3 du CASF.	34
Écart 20 :	En ne réalisant pas l'entretien des réparations nécessaire au bon fonctionnement et à la sécurité des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	36
Écart 21 :	En ne disposant pas de convention DASRI, l'établissement contrevient à l'article 11 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.	37
Écart 22 :	En ne réalisant pas de bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne dès son admission, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF.	40
Écart 23 :	En ne participant pas au groupes opérationnels de synthèse et en n'utilisant pas l'outil Via Trajectoire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'objectif 2 (2.1, 2.2 et 2.3) du CPOM 2022-2026 signé par l'APAJH95.	40
Écart 24 :	En ne remettant pas le livret d'accueil à l'usager et/ou à son représentant légal, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.	41
Écart 25 :	En l'absence de transmission des informations concernant les places disponibles et les décès au sein de l'établissement à la MDPH l'établissement ne peut répondre aux dispositions de l'article R146-36 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	42
Écart 26 :	L'absence de PIA ou de leur actualisation pour l'ensemble des résidents et l'absence systématisation des réunions de synthèse contreviennent aux dispositions des articles L311-3 et D344-5-11 du CASF.	43
Écart 27 :	En n'affichant pas la liste départementale des personnes qualifiées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-5 du CASF	44
Écart 28 :	En n'informant pas les familles de la possibilité de désigner une personne de confiance et en ne l'identifiant pas dans le dossier des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-4, L311-5-1 et D311-0-4 du CASF.	44
Écart 29 :	En ne permettant pas aux familles de rendre visite librement à leurs proches dans leurs chambres, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 du CASF et L311-4 du CSP.	45
Écart 30 :	En ne formalisant pas de procédure relative au respect de la vie affective et sexuelle des résidents l'établissement contrevient aux dispositions de la circulaire n°DGCS/SD3B/2021/147.	46
Écart 31 :	En l'absence de convention, de projet thérapeutique de l'activité, de vérification du diplôme, de vérification du casier judiciaire de l'intervenant en musicothérapie et en ne cadrant pas la recherche du consentement des résidents susceptibles d'être massés lors de cette intervention, l'établissement ne garantit pas la sécurité, l'intégrité et la dignité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	47

Écart 32 :	En ne proposant pas d'activités variées et adaptées aux prescriptions médicales et en n'affichant pas les plannings d'activité individuels de chaque résident dans un format adapté à leur handicap, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D344-5-12 et R344-2 du CASF et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles.	48
Écart 33 :	En l'absence de traçabilité des actes d'hygiène corporelle en temps réel et en l'absence de constat de changes des résidents par la mission, notamment pour ceux en accueil de jour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	49
Écart 34 :	Les plan de douche et de changes ne sont pas conformes à la réalité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	49
Écart 35 :	En ne garantissant pas systématiquement des changes adaptés aux résidents, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 et R344-2 du CASF.	50
Écart 36 :	En procédant au change des résidents de l'accueil de jour sur un lit situé au sein du lieu de vie de l'unité sans pouvoir garantir l'intimité et la dignité des personnes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 et D344-5-3 du CASF.	51
Écart 37 :	L'absence de procédure d'hygiène concernant le circuit du linge, le débordement des chariots à linge sales sans sacs hermétiques, l'utilisation des gants souillés pour ouvrir les portes de l'établissement, l'insuffisance de draps propres présentent des risques de contamination et d'épidémie, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.	54
Écart 38 :	en ne réajustant pas les menus en fonction de l'état clinique des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D230-29 du code rural et de la pêche maritime	64
Écart 39 :	L'absence de procédure d'hygiène des mains et l'absence de lavage des mains des résidents avant les repas ne garantissent pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.	65
Écart 40 :	En présence d'une période de jeun supérieure à 12h sur la période nocturne, corrélé à des hypoglycémies, l'établissement contrevient aux dispositions des recommandations du GEM-RDN-2015, à l'article L311-3 et R344-2 du CASF.	65
Écart 41 :	En l'absence du respect des règles d'hygiène dans les locaux de restauration et les espaces de repas dans les unités présentant un risque pour la santé des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF	67
Écart 42 :	En ne respectant par les directives concernant le suivi des poids des résidents et en ne mettant pas en place des mesures correctives, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	69
Écart 43 :	En ne mettant pas en œuvre de protocole d'hydratation et les recommandations en situation de canicule, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	69
Écart 44 :	En l'absence de continuité de présence médicale, de suivi médical systématique, de réalisation d'exams cliniques avant mise en place ou renouvellement des ordonnances et de coordination des soins, la qualité des soins n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-3 7° du CASF.	72
Écart 45 :	En l'absence de réunions pluridisciplinaire associant l'ensemble des professionnels (médecin, paramédical, psychologue, rééducation) la cohérence, la continuité des soins et l'encadrement des professionnels ne sont pas garantis ce qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-12 du CASF.	73

Écart 46 :	L'étude des transmission a révélé que certains médicaments sont distribués sans prescription médicale ce qui constitue un risque pour les résidents et contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du code de la santé publique	77
Écart 47 :	En l'absence de bilan médical annuel complet pour chaque résident et en l'absence de mise à jour systématique des dossiers médicaux des résidents l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF.	79
Écart 48 :	Le fait de laisser les portes de l'infirmerie, du placard à pharmacie et des chariots à médicaments ouvertes constitue un risque pour la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF	82
Écart 49 :	Il n'existe pas de fiche de traçabilité de de bionettoyage du poste de soins.	82
Écart 50 :	Il n'existe pas de traçabilité des péremptions, pas de traçabilité pour le stock hors PDA et il a été constaté plusieurs médicaments, dont des médicaments d'urgence périmés	83
Écart 51 :	Le bassin de balnéothérapie n'a pas fait l'objet d'une déclaration aussi l'établissement contrevient à l'article L.1332-1 du CSP.	86
Écart 52 :	En l'absence de carnet de traçabilité de l'entretien et du traitement de l'eau de la balnéothérapie l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D1332-10 du CSP.	86
Écart 53 :	En l'absence de protocole douleur et d'évaluation de la douleur l'établissement contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 du CSP et D344-5-3 du CASF.	97
Écart 54 :	En ne réalisant pas la surveillance de la contention en chambre toutes les heures l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	98
Écart 55 :	En laissant le renouvellement des ordonnances de contention à la charge de l'IPA l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R4301-3 du CSP.	98
Écart 56 :	L'absence de dossier contenant une fiche exposant les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par le résident, une fiche présentant les informations médicales relatives à la personne, une fiche de liaison paramédicale et une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propre au résident lors de consultations extérieures contrevient aux dispositions de l'article D344-5-8 du CASF.	99
Écart 57 :	En n'assurant pas la traçabilité du suivi des péremptions et en ne garantissant pas la validité des dates des médicaments, notamment d'urgence, la santé et la sécurité des résidents ne sont pas assurées ce qui contrevient aux articles L311-3 du CASF	99
Écart 58 :	En présence d'autres objets que des stupéfiants dans le coffre à stupéfiants et en stockant des psychotropes avec l'ensemble des traitements hors PDA, l'établissement contrevient aux dispositions des articles 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 et R5132-26 du CASF.	101
Écart 59 :	En ne conservant pas les produits thermosensibles dans un lieu adapté et en n'assurant pas que les réfrigérateurs dans lesquels ils sont stockés sont en bon état de fonctionnement et entretenus, l'établissement contrevient aux dispositions des recommandations de l'OMEDIT, de l'article R5126-109 du CSP et de l'article L311-3 du CASF.	103
Écart 60 :	En n'ouvrant qu'un seul flacon pour un traitement hors PDA pour l'ensemble des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé.	105

Écart 61 :	en administrant une hydratation en poche au delà des délais d'utilisation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	106
Écart 62 :	En n'inscrivant pas la date d'ouverture des produits et dispositifs médicaux et en n'identifiant pas les résidents auxquels ils appartiennent l'établissement contrevient aux articles R4311-4 du CSP et L311-3 du CASF	110
Écart 63 :	En l'absence de procédure de délégation des médicaments alors que des AS/AMP peuvent être amenés à en distribuer, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-4 et R 4312-36 du CSP.	110
Écart 64 :	En l'absence de protocole de broyage des médicaments et en les broyant ensemble dans un même sachet, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de l'OMEDIT	111

4.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	La mission n'a pas pu constater de l'existence de la fiche de poste et du contrat de la directrice.	17
<u>Remarque 2 :</u>	Les enquêtes de satisfaction devraient également être destinées aux résidents et devraient faire l'objet d'une analyse par la direction et les équipes.	21
<u>Remarque 3 :</u>	Les référents devraient être identifiés et être des agents de proximité pour un bon relai de l'information.	22
<u>Remarque 4 :</u>	Aucune salle de calme-retrait n'est présente au sein de l'établissement..	26
<u>Remarque 5 :</u>	les professionnels ne connaissent pas les classifications des EI et EIG ne leur permettant pas de déclarer sur la plateforme dédiée.	28
<u>Remarque 6 :</u>	Le marquage du carton au nom du producteur ne permet pas de l'identifier précisément (il manque la commune) et l'entreposage en infirmerie ne devrait pas dépasser 1 mois	37
<u>Remarque 7 :</u>	Les usagers ne disposent pas tous d'un médecin traitant identifié par la structure.	41
<u>Remarque 8 :</u>	un lieu intimiste dédié à l'accueil des familles devrait être mis en place au sein de l'établissement.	45
<u>Remarque 9 :</u>	Les sorties extérieures sont peu nombreuses et dépendent de la volonté des professionnels de chaque unité.	46
<u>Remarque 10 :</u>	Aucun référent n'est nommé dans la MAS. Les professionnels ont été formés sur le nombre de cuillère à mettre dans les assiettes par la diététicienne.	64
<u>Remarque 11 :</u>	La surveillance bucco-dentaire n'est pas réalisée systématiquement pour l'ensemble des résidents ce qui peut entraîner ou aggraver la dénutrition.	69
<u>Remarque 12 :</u>	Les dates d'ouvertures ne sont pas inscrites sur les produits d'hygiène (solution hydro alcoolique)	82
<u>Remarque 13 :</u>	Les bouteilles d'O2 devraient être attachées pour éviter les accidents	85
<u>Remarque 14 :</u>	absence des photographies des résidents sur le chariot de soins	85
<u>Remarque 15 :</u>	Les protocoles de soin de sont pas suffisamment précis.	96

Remarque 16 : Les ordonnances sont transmises de la messagerie [REDACTED] de la MAS à l'officine sur leur adresse [REDACTED] non sécurisée. La pharmacie devrait communiquer
99

5. Conclusion

L'inspection de la MAS Odette SAVAGE, gérée par l'APAJH95 réalisée de manière inopinée les 30 juin et 1^{er} juillet 2025 a révélé des écarts majeurs à la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

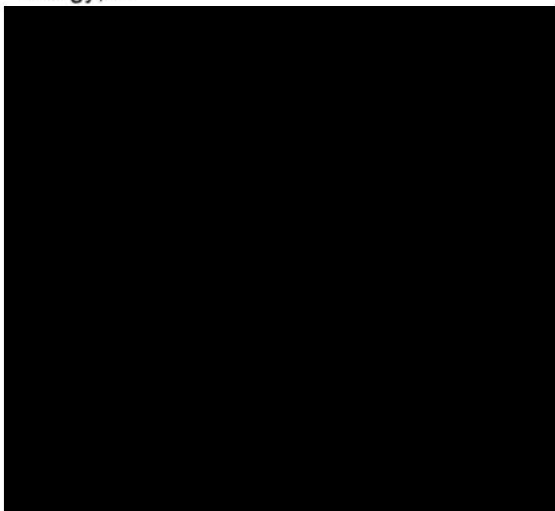
- Gouvernance :
 - o Management et stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - o Gestion des RH
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Respect du droit des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Vie quotidienne et hébergement
 - o Soins

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

Une restitution a été réalisée à l'issue de chacune des deux journées d'inspection afin de porter immédiatement à la connaissance de la direction les dysfonctionnements qui nécessitent une correction immédiate.

- Un manque général de culture de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ;
- De nombreux médicaments périmés ;
- Un réfectoire et une cuisine thérapeutique mal entretenus ;
- Du mobilier abîmé pouvant générer des accidents ;
- Des dispositifs médicaux mal stockés ou délégués hors de délais d'ouverture.

Cergy, le



6. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CNR : Crédits non reconductibles

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CVS : Conseil de la vie sociale

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique

IEM : Institut d'éducation motrice

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

IME : Institut médico-éducatif

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins

PE : Projet d'établissement

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PH : Personne porteuse d'un handicap

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SF2H : Société française d'hygiène hospitalière

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

7. Annexes

Annexe 1 Note médicale

7.1. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	7.1.1. <u>La conception des repas</u> Les repas des résidents sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leur âge ? <u>L230-5 (alinéa 1) Code rural et de la pêche maritime</u> (Gestionnaire de restauration en ESSMS : respect qualité nutritionnelle, choix des aliments, ...) <u>D230-29 Code Rural et de la pêche maritime</u> (exigences requises pour équilibre nutritionnel en ESMS). <u>Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS</u> (Critère d'équilibre nutritionnel) Un professionnel de la structure est-il désigné pour vérifier le respect du cahier des charges de restauration (grammage, composition des menus, apports nutritionnels, ...) ? Il y a-t-il une commission des menus ? Les repas sont-ils préparés : - Sur place - Par un prestataire de restauration collective ? Existe-t-il un contrat entre la structure et le prestataire ?	C'est la diététicienne de la société [REDACTED] qui planifie les menus. En revanche, la mission a constaté que les menus types ne sont pas réajustés en fonction de l'état clinique des résidents. Une constipation ou une déshydratation n'entraîne aucune modification alimentaire même ponctuellement. Écart 38 : En ne réajustant pas les menus en fonction de l'état clinique des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D230-29 du code rural et de la pêche maritime Remarque 10 : Aucun référent n'est nommé dans la MAS. Les professionnels ont été formés sur le nombre de cuillère à mettre dans les assiettes par la diététicienne. Une commission des menus a lieu 2 à 3 fois par an et est composée de la diététicienne, du chef cuisinier, et de la responsable [REDACTED] Les repas sont préparés sur place.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>L311-3 (3°) CASF</u> <i>(accompagnement individualisé respectant les besoins de l'usager)</i> <u>HAS- Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux</u>	La MAS a la possibilité de demander des mets de substitution en fonction des régimes et textures prescrits dans [REDACTED]
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	7.1.2. Les salles de restauration Quels sont les horaires de repas et de collations ? <u>Ministère économie, industrie et numérique- Recommandation nutrition groupe d'étude des marches de restauration collective et nutrition GEM-RCN-2015 (page 17)</u> <u>Site du Ministère des solidarités -Guide d'action pour les personnes en situation de handicap (enfants/adultes)-2023</u> Les périodes de jeun sont-elles inférieures à 12 h ? <u>Recommandations du GEM-RCN-2015 (jeûne nocturne, horaires repas (page 4.2.1))</u>	Petit-déjeuner : 8h-9H Déjeuner : 12h15-13H15 Goûter : Pas de collation – d'après la cadre de santé choix fait par la direction pour ne pas infantiliser les résidents. Dîner : 18h45-19h Collation du soir : Pas de collation du soir. Il n'existe pas d'affiches « se laver les mains » dans les 5 unités et dans les salles à manger de ces dernières où se prennent les repas, concernant le protocole de lavage des mains. Le protocole « hygiène des mains » n'est pas affiché. Il existe un protocole « précautions standards ». Les points d'eau n'existent que dans les toilettes, les lavabos ne sont pas adaptés à la hauteur des résidents PMR. Il n'y pas de point d'eau accessible PMR au RDC et dans les salles d'activités au 1^{er} étage. Lors de l'inspection la mission n'a assisté à aucun lavage des mains des résidents avant les repas, alors que certains résidents mangent avec les doigts. Écart 39 : L'absence de procédure d'hygiène des mains et l'absence de lavage des mains des résidents avant les repas ne garantissent pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF. L'absence de collation entraîne une longue période sans apport alimentaire. Période de jeun supérieure à 12H00 sur la période nocturne. Sur Netvie la mission a constaté sur des résultats des bilans des hypoglycémies. Écart 40 : En présence d'une période de jeun supérieure à 12h sur la période nocturne, corrélé à des hypoglycémies, l'établissement contrevient aux dispositions des recommandations du GEM-RDN-2015, à l'article L311-3 et R344-2 du CASF. Lors du premier jour de l'inspection, la mission a constaté que les cuisines, les frigos et la salle de restauration, présentaient une absence d'hygiène importante. Aussi la DDPP a été alertée par la mission ce qui a donné lieu à une inspection puis a une fermeture administrative des cuisines. <u>Document 7.</u> Plat contenant des traces de riz datant de quelques jours



- Le lavabo destiné au lavage des mains non accessible PMR, situé dans un coin du réfectoire, était hors d'usage, ce qui constitue une non-conformité en matière d'hygiène avant la prise des repas. Par service il faut compter 16 à 18 résidents. Un point d'eau est insuffisant pour l'ensemble des résidents. A noter que l'agent d'entretien / technique qui exerçait à temps plein a quitté son poste en mars 2025. Depuis le poste a été supprimé.
- La fontaine à eau, mise à disposition des usagers, était dégradée : le bac de récupération de l'eau était cassé, avec présence d'eau stagnante souillée dans le fond de l'appareil.



- Dans un des frigos, la mission a constaté une assiette non étiquetée avec du fromage ainsi qu'un gâteau sans date d'ouverture.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• Dans la cuisine thérapeutique, qui peut accueillir 8 à 10 résidents, la mission a relevé plusieurs ingrédients périmés dans le frigo depuis avril 2025, ainsi que la présence de fourmis sur le plan de travail. Le congélateur était givré. La dernière feuille de traçabilité datait 29 mai 2025. • D'après la directrice, la cuisine thérapeutique aurait été utilisée dernièrement par les travailleurs de l'entreprise adaptée qui assurent le ménage de la MAS. • Il existe bien une procédure sur l'hygiène de la cuisine thérapeutique Lors de l'inspection la mission a constaté dans les unités que le suivi des températures des frigos n'était pas réalisé ou mal réalisé du fait de thermomètres défectueux mais qu'aucune action n'était mise en œuvre alors que la température des frigos indiquée était trop élevée. La mission a constaté des bouteilles d'eau non identifiées, des produits périmés dans les placards ou sans dates d'ouverture. Écart 41 : En l'absence du respect des règles d'hygiène dans les locaux de restauration et les espaces de repas dans les unités présentant un risque pour la santé des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF La salle de restauration est accessible par deux ascenseurs (en panne le 1^{er} jour de l'inspection). Avant COVID il était prévu la prise des repas par deux unités par jour sur deux services (12h15-13H15). Post COVID, un seul service en rotation est organisé. Au jour de l'inspection, cela faisait 2 semaines que les résidents n'étaient pas descendus. Aussi le manque d'entretien du réfectoire a pu être constaté en l'absence de résidents pendant une période importante.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	7.1.3. <u>Les régimes, textures</u> Les régimes alimentaires et les textures modifiées (liquide, gélifiée, mixé, haché) sont-ils prescrits ? Les différents régimes et textures sont-ils répertoriés	Les régimes sont bien prescrits. A la date de l'inspection le document unique tenu à jour datait du 15 octobre 2024. Il a été mis à jour le 2 juillet 2025 au lendemain de l'inspection.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	dans un document unique tenu à jour ? Les régimes et textures sont-ils transmis régulièrement à la cuisine ?	[REDACTED] le document des différents régimes et textures était systématiquement tenu à jour. Or à la lecture de dossiers dans [REDACTED] par la mission, la mission a constaté que les textures ne sont pas systématiquement respectées. En effet, une résidente dont le régime prescrit est haché / mixé lors d'une sortie le 3 juillet 2025, lui a été servi Hamburger / Frites. <u>Document 8.</u> Copie écran [REDACTED] transmission sur l'alimentation [REDACTED] A midi Hamburger/frites. Repas hypo pas respecté mais surtout de grosses difficultés à le manger. Demande ce jour par mail : Bonjour Mesdames, Voilà plusieurs jours que j'observe [REDACTED] qui est repassé en repas normal. Hors, il ne lui est plus possible de mâcher de la viande ou croquer dans un hamburger. Pourtant d ce constat serait il possible de la repasser en semi (juste viande Hachée) /Hypo ? Si votre réponse venait à être positive pourriez vous la changer sur la feuille [REDACTED] Transmission partagée dans ce module pr [REDACTED]
mbur	7.1.4. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (Exemple : Test du verre d'eau) <u>Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux</u> Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	[REDACTED] à l'admission, le test du verre d'eau n'est pas réalisé. [REDACTED] les professionnelles observent ce que le résident peut manger et alerte en cas de fausse route. Certains résidents sont adressés pour un bilan de déglutition au cours de leur séjour en consultation ORL au CH Gonesse ou CH Delafontaine. [REDACTED] aucune formation n'a été proposée depuis 1an (la feuille d'émargement d'une formation déglutition réalisée en avril 2024 a été transmise), en revanche les professionnels sont tous formés ASST.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	7.1.5. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ? Y a-t-il un suivi de l'état nutritionnel (poids, IMC) ? Quelles sont les actions en cas de dénutrition/obésité ou troubles de l'alimentation (CNO, aide, stimulation, ...)?	L'étude des dossiers médicaux sur [REDACTED] permet de constater que les poids des résidents sont relevés à trois périodes de l'année : en octobre 24, en mars 25 et en juin 25. Le logiciel de suivi médical identifie automatiquement les situations de dénutrition selon les critères de perte pondérale et d'indice de masse corporelle (IMC). Nous avons relevé plusieurs cas préoccupants en dénutrition sévère ou modérée :

Points de contrôle

L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité),
Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)
GuideNutrition_3S_Nouvel-e-approche-de-la-restauration-pour-la-personnes-en-situation-de-handicap_AdapeiLoire.pdf
Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS
RBPP HAS

Observations ou commentaires

- Un résident a perdu 7,7 kg en 8 mois et demi, soit près de 16 % de son poids initial. Son IMC actuel est de 17,2, ce qui correspond à une dénutrition sévère, bien signalée dans le logiciel.
- Un résident polyhandicapé externe, âgé d'une vingtaine d'années, a présenté une perte de poids de 12 kg entre mars 25 et juin 25, également notifiée comme dénutrition sévère.
- Un autre résident a perdu 6 kg sur la même période (mars à juin).
- Une résidente présente un poids très bas, estimé à 34 kg.

La mission a relevé qu'aucune mesure corrective (type contrôle de poids, bilan sanguin, réunion pluridisciplinaire, vérification bucco-dentaire, etc...) ou réévaluation nutritionnelle n'a été engagée à ce jour pour ces situations, malgré leur signalement dans le logiciel de suivi.

Dans le CR de la réunion des IDE du 12 mars 2025, il est stipulé :

Document 9. Extrait CR des IDE du 12 mars 2025

Surveillance du poids

La prise de poids se fait une fois par trimestre le Week end de préférence. Pour les résidents présentant des problématiques pondérale : 1 fois par mois

Écart 42 : En ne respectant par les directives concernant le suivi des poids des résidents et en ne mettant pas en place des mesures correctives, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.

La seule action réalisée [REDACTED] est la stimulation lors des repas.

Remarque 11 : La surveillance bucco-dentaire n'est pas réalisée systématiquement pour l'ensemble des résidents ce qui peut entraîner ou aggraver la dénutrition.

Les deux jours d'inspection avaient été placés par la préfecture en alerte orange puis rouge canicule. De ce fait, la mission a observé et relevé sur [REDACTED] l'hydratation des résidents par les soignants. Il s'avère qu'aucun plan n'a été déployé. Au regard de [REDACTED] l'hydratation moyenne étaient de 75cl par résident en incluant les yaourts. Ce qui est nettement insuffisant par fortes chaleurs.

La mission a relevé une affiche anachronique concernant les températures hivernales nécessitant l'habillage conséquent des résidents.

Écart 43 : En ne mettant pas en œuvre de protocole d'hydratation et les recommandations en situation de canicule, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.

Document 10. Affiche présente lors de l'inspection en juillet

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		 Le froid faisant sans retour penser à vêtir les résidents en conséquence. Egalement il est appelé de vérifier les chevaux des résidents. Merci pour eux. La directrice

7.2. La dispensation des soins

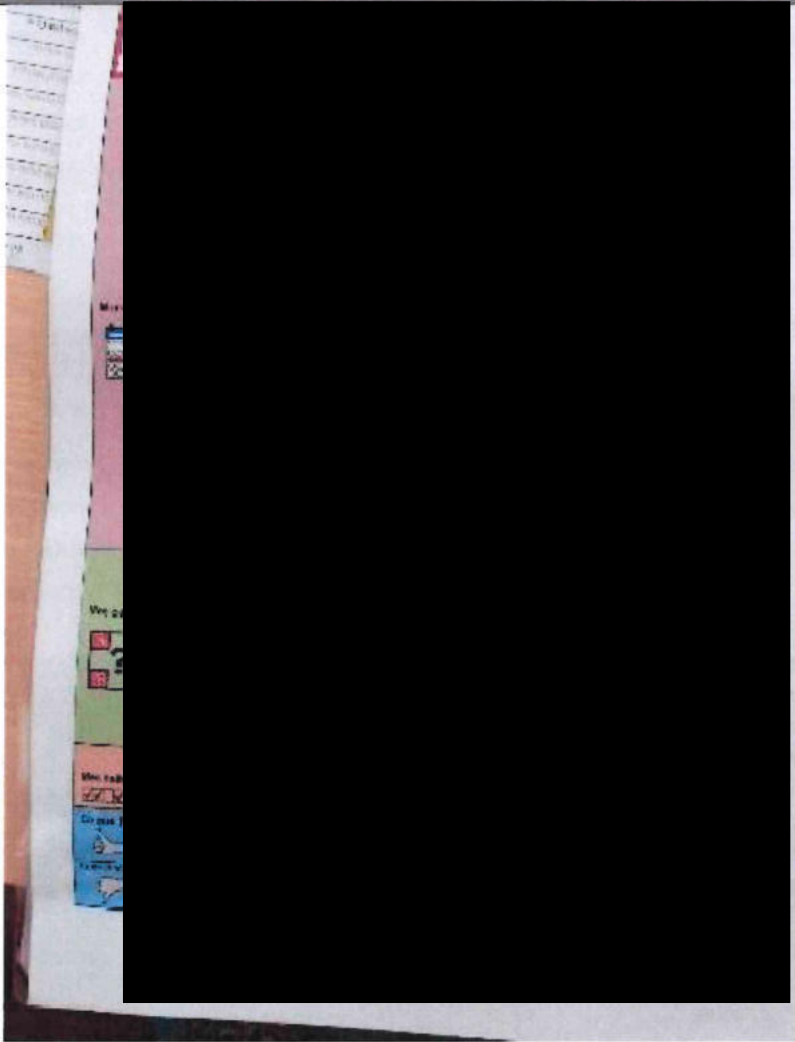
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	7.2.1. <u>L'organisation des soins</u>	
	1.1.1.1. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante	
	Article D344-5-3 CASF Article D344-5-12 CASF Recommandations régionales de l'ARSIF « Parcours de soins en EMS handicap : aspects organisationnels et ressources mobilisables », 30/04/2020	Docteur [REDACTED] médecin libéral à la retraite depuis janvier 2025, exerce à la MAS deux après-midi par semaine. Il est également le médecin traitant de l'ensemble des résidents (sauf un résident qui dispose d'un médecin traitant extérieur). Il n'assure pas d'astreinte.
	Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)	La coordination s'articule avec les soignants à l'aide d'un cahier de transmission. Le logiciel [REDACTED] émet des alertes sur les patients à voir. Le médecin coordonnateur vacataire assure les prescriptions et orientations via courriers d'adressages vers les consultations externes. D'après la cadre de santé il n'effectuerait pas systématiquement les examens annuels des résidents. Mais un bilan biologique est prescrit annuellement. La surveillance mammographique des résidentes est effectuée tous les deux ans. Une IPA est présente les lundis sur la structure son contrat incluant sa présence sur 3 autres MAS, 1 FAM et 1 IME. Le CR de la réunion Ide et cadre de santé du 19 décembre 2024, stipule que l'IPA est présente les lundis. Il n'est pas précisé son rôle hormis qu'elle puisse remettre à jour les ordonnances. La mission n'a pas pu constater la réalisation d'examens cliniques avant la rédaction des ordonnances. <u>Document 11.</u> Extrait du CR de la réunion du 19 décembre 2024.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		Point IPA (Infirmière en Pratique Avancée) : [REDACTED] ser MAS Si vous n'avez pas la possibilité de valider car TTT non renouveler (f informer le plus rapidement possible IPA ou le médecin pour renouv Vous avez la possibilité d'anticiper sur la page de garde de [REDACTED] A l'analyse du logiciel [REDACTED] le suivi médical n'est pas fait de manière systématique et les constatations médicales ne font pas l'objet d'un suivi régulier. <u>Document 12.</u> Suivi médical d'un patient sur [REDACTED]
Continuité pendant les congés et absences du MedCo		Il n'existe aucune continuité médicale pendant les congés du médecin. La mission n'a pas pu connaître l'articulation avec l'IPA. Lors de l'inspection, Dr [REDACTED] était en AT depuis 15 jours et n'était pas remplacé. Écart 44 : En l'absence de continuité de présence médicale, de suivi médical systématique, de réalisation d'examen clinique avant mise en place ou renouvellement des ordonnances et de coordination des soins, la qualité des soins n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-3 7° du CASF.
Est-il établi un rapport d'activité médical annuel ? conclusion et plan d'amélioration ?		Le rapport médical annuel n'a pas été présenté à la mission.
Si un médecin référént est présent, quelles sont les modalités des relations professionnelles avec les équipes soignantes (réunions pluri-disciplinaires) ? (Compte rendu)		Les mercredis 14H-15H30 par unité ont lieu les réunions pluridisciplinaires avec Chef éducatif, Cadre de santé, le coordinateur de l'unité (AS- AMP), maîtresse de maison, et IDE. Aucun compte rendu de ces réunions n'a été transmis. Les agents de l'unité sont réunis une fois toutes les cinq semaines. Le médecin ne participe pas à ces réunions. Une réunion IDE – cadre de santé a lieu selon un planning affiché 1 fois par trimestre. Les Ide vacataires y sont

Sous-thème IGAS	Points de contrôle
Article D344-5-5 CASF (Le PE 4° <i>Précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ; 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs)</i> D. 344-5-12, CASF (Garanties apportées par la constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-13, CASF (Constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-14, CASF (Conventions pour constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-15, CASF (Exercice libéral ou par convention)	également conviés. Les sujets abordés sur les dernières réunions sont : la validation des traitements, les transmissions, les traçabilités, l'application des procédures, les suivis des RDV, l'agenda [REDACTED] les commandes mensuelles, la gestion des stocks Homeperf, et les points divers. La cadre de santé informe la mission qu'il n'existe pas de groupe d'analyse de pratique pour les IDE et IPA. La mission n'a pas noté de réunion hebdomadaire de coordination médicale pour échanger sur les pratiques et la coordination de la PEC médicale et paramédicale des résidents en présence du médecin. La mission constate également que l'équipe de rééducation (kiné et ergothérapie) et psychologue ne sont pas inclus dans les réunions. Écart 45 : En l'absence de réunions pluridisciplinaire associant l'ensemble des professionnels (médecin, paramédical, psychologue, rééducation) la cohérence, la continuité des soins et l'encadrement des professionnels ne sont pas garantis ce qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-12 du CASF.
1.1.1.2. Cadre IDE	
Un(e) infirm(ère) d'encadrement et/ou de coordination est en poste ? La coordination est-elle effective ? Article R4312-36 CSP (missions des IDE chargés de fonctions de coordination ou d'encadrement).	La cadre de santé assure la transmission des informations médicales au médecin. Elle veille à l'exécution des prescriptions médicales, et à l'organisation des réunions paramédicales. Depuis son arrivée, la cadre de santé a effectué un important travail sur la mise à jour et la création des protocoles de soins. Elle a sous son autorité les IDE, les maitresses de maisons et uniquement les AS de nuit. Le rôle de la cadre de santé a été expliqué aux IDE lors de la réunion du 17 octobre 2024. Document 13. Extrait CR de la réunion IDE du 17 octobre 2024

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		<u>Missions CDS</u> En charge, des recrutements des IDE et AS de nuit, Plannings IDE, A maison, Qualité traçabilité et gestion des risques FEI (feuille événementielle), place des protocoles et procédures, en travail avec l'équipe, le suivi de la tenue du Dossier Médical des résidents, l'organisation et l'accueil des familles en rapport avec le côté médical, le développement de part l'animation des mini formations/sensibilisation concernant les soins, l'élaboration de la procédure, les évaluations professionnelles des équipes en charge, les soins médicaux) Les AS de jour sont sous l'autorité d'un chef éducateur spécialisé ainsi que les AMP.
3.3 Champ thérapeutique	7.2.2. <u>Planning s et continuité des soins</u> <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité des usagers) <u>L311-3 (3°) CASF</u> (PEC et accompagnement de qualité) <u>Article R344-2 CASF</u>; <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité des usagers) <u>L311-3 (3°) CASF</u> (PEC et accompagnement de qualité)	Les infirmiers sont en poste selon un rythme de 12 heures avec des horaires fixes de 8H à 20H pour l'équipe de jour et de 20H à 8 H pour l'équipe de nuit. En l'absence de temps de transmission prévu au planning ou intégré dans le temps de travail badgeable, les infirmiers doivent prendre l'initiative d'arriver un quart d'heure avant leur prise de poste ou de rester un quart d'heure après leur service afin d'assurer les transmissions nécessaires à la continuité et la sécurité des soins. Le temps ainsi consacré aux transmissions est ensuite récupéré ou compensé sous la responsabilité de la cadre de santé qui en assure le suivi et la régulation. Les plannings sont affichées et connus des équipes. Il n'existe pas d'astreinte IDE étant donné qu'une IDE est présente systématiquement la nuit. Concernant l'astreinte médicale, il n'y en a pas. Le circuit 15 est de rigueur. En revanche, une astreinte de direction est effective chaque nuit. Repartie entre la directrice, la cadre de santé, et le chef éducatif.
	Quelle est l'organisation AS/AMP/AES en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j Permet-elle d'assurer la qualité et la sécurité des soins ? Emploi de FFAS ? Nuit et WE ?	L'organisation AS-AMP permet la continuité des soins. Selon les entretiens, un taux d'absentéisme élevé est observé parmi ces professionnels, ce qui engendre des difficultés récurrentes de fonctionnements et qui nécessitent des ajustements fréquents de l'organisation des équipes. Par ailleurs un minimum de 2 AS-AMP est maintenu par unité. A noter que l'organisation est définie comme telle dans les unités : - En hiérarchie la cadre de santé et un chef de santé éducatif - Un coordinateur de jour par unité (éducateur)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		- 6 AS de nuit, 5 AS/AMP de jour dont 6 postes sont vacants. Il existe un groupe d'analyse de pratique un mardi sur deux pour les AS et AMP.
	Délégations par les IDE Article R4311-4 CSP Article R4311-5 & R4311-7 du CSP	La seule délégation au AS par les IDE concerne les lavements (solution rectale utiliser dans le traitement symptomatique de la constipation).
	Organisation pour les transmissions quotidiennes ? Qui participe ? Quels sont les différents supports et cahiers de transmission entre les différents ? Contenu des transmissions ? Transmissions avec les médecins ? Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées,)? Article D344-5-3 CASF <i>(L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)</i>	Des transmissions sont faites uniquement par unité entre les AS et les AMP de jour et de nuit. En parallèle, les AS-AMP vont solliciter les IDE en cas de problématiques. Les transmissions avec le médecin se font par le cahier, et la cadre de santé au moment des vacations du médecin. Une procédure est mise à disposition des vacataires et des nouveaux arrivants afin de présenter le déroulement d'une journée type et d'une nuit type en fonction des postes concernés : IDE de jour et de nuit, maitresse de maison de jour et AS de nuit. Il existe dans chaque chambre une fiche de vie quotidienne réalisée par les coordinateurs d'unité. Elle décrit le quotidien (alimentation, soins, l'hygiène, l'habillement, le temps de repos, l'autonomie), les capacités (communication et déplacement), les habitudes du résident. <u>Document 14.</u> Fiche de vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		 Les transmissions écrites sont réalisées quotidiennement par les équipes, notamment en fin de poste par les AS et AMP. Toutefois, d'après l'étude de dossier sur [redacted] leur contenu reste majoritairement descriptif, sans structuration systématique selon les critères attendus des transmissions ciblées (donnée – action – résultat). Document 15. Transmission extraite du logiciel [redacted]

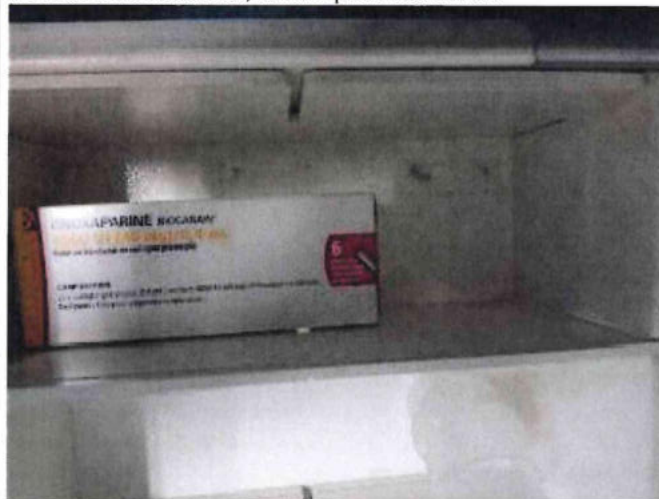
Sous-thème IGAS	Points de contrôle																																								
		<table> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Non n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Non n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Non n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>08h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>12h00</td><td>Fait n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>14h00</td><td>Non n</td></tr> <tr><td>27/06/2025</td><td>14h00</td><td>Non n</td></tr> </table> Les entretiens ont révélé que cette organisation peut entraîner des difficultés dans la continuité de l'information, notamment pour les IDE, qui parfois ne disposent en temps réel des éléments utiles à la prise en charge dans le courant de la journée. L'absence de transmission écrite ou orale immédiate en cas de situation évolutive peut perturber l'adaptation des soins et de l'accompagnement. Un seul ordinateur est disponible par unité, en dehors de la salle d'activité. Il conviendrait d'engager une réflexion sur l'outillage (Tablette par exemple) et les pratiques de transmission, en vue d'en renforcer la qualité, la traçabilité et l'utilité clinique. Document 16. Transmission écrite extraite du logiciel Clôture Jusqu'à présent n'est prescrit uniquement du xanax pour [redacted] qu'il a été demandé par le médecin à la suite lui donner du zopiclone. Néanmoins, nous sommes justement en attente de cette prescription svp, vers minuit. Merci pour elle. 04/11/2024 Observations : Suivi Faites le : 04/11/2024 Contenu : La direction m'a interpellée ce matin sur la prise d'Imovane la nuit qui ne serait pas efficace. Pas de trace d'Imovane dans son dossier [redacted] Pas de prescription manuscrite non plus dans son dossier p Est-il vraiment donné ? Créée/modifiée : 05/11/2024 Écart 46 : L'étude des transmission a révélé que certains médicaments sont distribués sans prescription médicale ce qui constitue un risque pour les résidents et contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du code de la santé publique	27/06/2025	08h00	Non n	27/06/2025	08h00	Fait n	27/06/2025	08h00	Fait n	27/06/2025	08h00	Non n	27/06/2025	08h00	Non n	27/06/2025	08h00	Fait n	27/06/2025	08h00	Fait n	27/06/2025	08h00	Fait n	27/06/2025	08h00	Fait n	27/06/2025	08h00	Fait n	27/06/2025	12h00	Fait n	27/06/2025	14h00	Non n	27/06/2025	14h00	Non n
27/06/2025	08h00	Non n																																							
27/06/2025	08h00	Fait n																																							
27/06/2025	08h00	Fait n																																							
27/06/2025	08h00	Non n																																							
27/06/2025	08h00	Non n																																							
27/06/2025	08h00	Fait n																																							
27/06/2025	08h00	Fait n																																							
27/06/2025	08h00	Fait n																																							
27/06/2025	08h00	Fait n																																							
27/06/2025	08h00	Fait n																																							
27/06/2025	12h00	Fait n																																							
27/06/2025	14h00	Non n																																							
27/06/2025	14h00	Non n																																							

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	<u>Article R344-2 CASF</u>	Il n'y a pas de protocole en cas d'absence. D'après les entretiens, il peut arriver à la cadre de santé de palier l'absence d'une IDE. Mais elle dispose d'un pool d'IDE vacataires conséquent. Il n'y a pas de problématique RH en ce qui concerne les IDE. Concernant les AS-AMP un minimum de 3 par unités est maintenu, de facto un déplacement de personnel vers d'autres unités est organisé.
	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ? Traçabilité des transmissions narratives et ciblées Traçabilité des actes de soins (actes du plan de soin ou actes paramédicaux) <u>Article L311-3 5°) CASF (5° L'accès des usagers à toute information ou document relatif à leur prise en charge, sauf dispositions législatives contraires) ;</u> <u>Article R4321-9 CSP (Actes de masso-kinésithérapie)</u> <u>Article R4321-91 CSP (Dossier individuel de masso-kinésithérapie pour chaque usager)</u>	Les soins sont tracés sur [REDACTED]. L'ordinateur dédié étant situé dans une pièce spécifique, distincte des chambres et de la salle d'activité, la saisie n'intervient qu'à distance, parfois avec un délai significatif. Les CR des équipes IDE et cadre de santé font pourtant état d'une attention particulière à ce sujet. Document 17. Extrait CR des réunions Ide et Cadre de santé <u>Validation des traitements</u> Le tableau des Validations des traitements doit être présent sur le chariot de soins à chaque délivrance et rempli au fur et à mesure avant que le tout soit Validé sur [REDACTED] après chaque tournée. Sauf urgence, toutes sollicitations par les soignants peut être reportées après la validation sur [REDACTED] Tout ce qui est alimentation entérale doit aussi être validé Le classeur des traitements doit être également consulté régulièrement pour être informé des derniers changements de traitement Sur Netsoin, Il est important de mettre un commentaire s'il y a un refus de prise de traitement du résident ou s'il est endormi. Il ne s'agit pas de noter RAS mais de laisser un petit mot afin de bien tracer que le résident a été vu et pris en compte. Si rien n'est écrit cela peut être interprété comme une absence de soins (les alimentations sont également à valider) toutes PM sont à valider . IMPORTANT et OBLIGATION de valider la distribution des traitements dès retour au poste de soins « Article R.4311-5 du Code de la santé publique** Cet article précise que l'infirmier est autorisé à préparer et administrer les médicaments prescrits par un médecin. Il doit assurer la traçabilité de l'administration... » ATTENTION : ne vous fiez pas aux inscriptions sur les boites de médicaments mais à la plus récente des prescription (dans classeur et sur [REDACTED])
	Continuité de l'accompagnement <u>Article D344-5-9 CASF (Lorsque la personne est amenée à se déplacer en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, l'établissement ou le service assure la présence à ses côtés d'une tierce</u>	Lors des consultations externes, c'est une AMP de l'unité qui accompagne le résident si la famille n'est pas disponible. Lors de l'inspection, la mission a relevé dans un compte rendu d'un résident [REDACTED] d'une consultation d'un [REDACTED] Paris, accompagné par un AS de la MAS : « ...j'ai vu [REDACTED] sans aucune information médicale depuis l'année dernière. Il est arrivé en ambulance avec énormément de retard. J'ai peu échangé un peu au téléphone avec une IDE de la MAS, qui elle-même n'avait pas toutes les informations... Je préfère que Dorénavant les RDV se fassent en visio dans l'établissement [REDACTED] afin d'avoir les informations indispensables et d'éviter au patient 2h de transports ce qui est source de fatigue de stress... ».

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	<i>personne la connaissant).</i>	Lors de consultations aux urgences, un professionnel de la MAS est toujours présent auprès du résident jusqu'à l'hospitalisation, où les habitudes de vie sont transmises à l'appui de la fiche de vie quotidienne disponible pour chaque résident dans leur chambre.
3.8 Champ thérapeutique	7.2.3. Missions médicales <u>Article D344-5-5 5°) CASF</u> Bilan médical général systématique à l'admission, et tracé Composante MPR Composante neuropsychiatrique Un bilan médical complet annuel est-il réalisé pour chaque usager ? Traçabilité ? <u>Article D344-5-11 CASF (L'équipe pluridisciplinaire2° Veille à l'actualisation de ce bilan dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)</u> Mise à jour des dossiers médicaux ? <u>Article D344-5-8 CASF</u>	██████ rédige des courriers d'adressages afin de coordonner les soins entre la MAS et les ES, services ou praticiens extérieurs prenant en charge les résidents. D'après les entretiens, le bilan médical général à l'admission n'est pas systématique. Les composantes MPR et neuropsychiatrique sont réalisées en externe. Le bilan médical complet annuel pour chaque résident n'est pas réalisé de façon systématique et n'est pas retrouvé dans le logiciel ██████ pour l'ensemble des résidents. La mission a relevé dans le logiciel ██████ un bilan prescrit en janvier 2025 non effectué jusqu'au jour de l'inspection. Document 18. Le bilan bio prescrit en janvier 2025 n'a toujours été effectué en juillet 2025. Aucun suivi OPH n'est réalisé car la MAS essuie un refus de la part des deux centres OPH présents la commune. Un dentiste prendrait en charge ██████ certains résidents de manière annuel. La MAS est confrontée à une absence de réponse pour les consultations « HandiConsult ». A l'étude de ██████ les dossiers médicaux ne sont pas mis à jour systématiquement. Écart 47 : En l'absence de bilan médical annuel complet pour chaque résident et en l'absence de mise à jour systématique des dossiers médicaux des résidents l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF. Les DLU sont à imprimer en cas d'urgence. Les consultations ne sont pas initiées si le suivi n'est pas déjà en place.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché à la MAS ou extérieur ?	Les traitements administrés sont prescrits par le Dr [REDACTED] et par les spécialistes médicaux extérieurs à la structure.
3.8 Champ thérapeutique	7.2.4. <u>L'infirmier ie</u> Une infirmerie, distincte du cabinet médical est-elle présente dans la structure ? Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Accès pour les soignants Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ? Respect de la confidentialité ?	L'infirmerie est située dans l'Agora. Dans celle-ci se trouve le bureau médical, qui sert également à l'IPA. Lors de l'inspection, la mission a constaté que la porte de l'infirmerie était bloquée par un cale porte, tenue grande ouverte alors même que des vols de médicaments ont déjà été signalés au sein de cet établissement et que les résidents étaient pour une grande partie présents dans l'agora. Document 19. Porte de l'infirmerie maintenue ouverte à l'aide d'une cale 

Les locaux de l'infirmerie, dans laquelle se trouve la



pharmacie ne sont pas bien entretenus. La mission a constaté des moutons de poussière dans les tiroirs de la pharmacie.

Document 20.

Tiroir de la pharmacie poussiéreux
Document 21. Chariot de soin des IDE

L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?

L311-3 (1°) CASF

(Sécurité résident si accès à des matériels et/ou produits dangereux)

L311-3 4° CASF

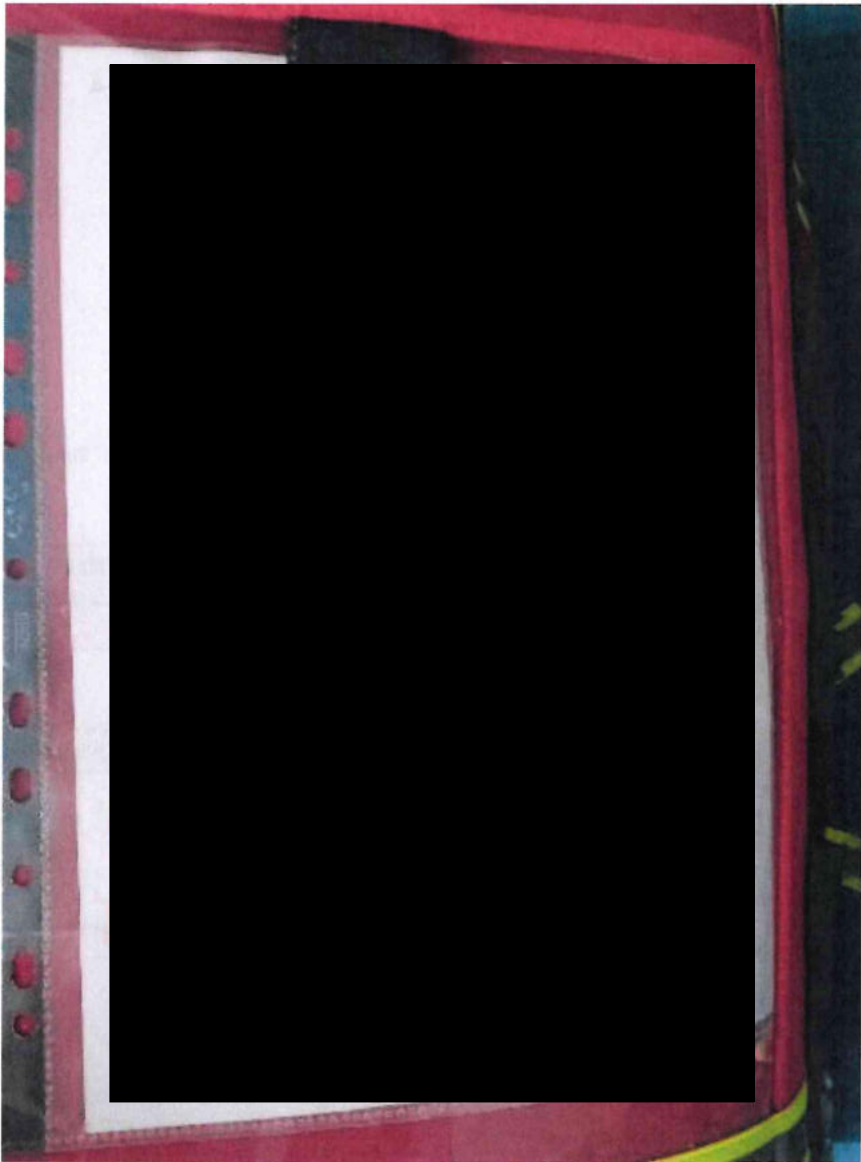
(respect de la confidentialité des informations concernant le résident si données de santé accessibles)



Document 22.

Armoire à pharmacie de l'infirmerie ouverte en permanence

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		Les portes de la pharmacie et des chariots à médicaments sont restées ouvertes tout au long de l'inspection (pendant 2 jours) car ne ferment plus à clé ou la clé est égarée. Écart 48 : Le fait de laisser les portes de l'infirmierie, du placard à pharmacie et des chariots à médicaments ouvertes constitue un risque pour la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF
Paillasse monobloc avec « coup de torchon » intégré,	Oui	Écart 49 : Il n'existe pas de fiche de traçabilité de de bionettoyage du poste de soins.
Lave main avec robinet et savons commandés au coude		Le lave-mains n'a pas de commande coude.
Chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements.		Deux chariots de soins existent. L'un grand et peu ergonomique, la clef a été perdue de ce fait le chariot contenant les médicaments reste ouvert. Le deuxième chariot plus petit contient le matériel de prélèvement.
Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique)		Remarque 12 : Les dates d'ouvertures ne sont pas inscrites sur les produits d'hygiène (solution hydro alcoolique)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	Poste informatique relié au réseau avec imprimante	Un poste informatique est présent mais uniquement dans le poste de soins. Il n'est pas déplaçable ce qui ne permet pas la traçabilité des actes en temps réel. En revanche une feuille de traçabilité des distributions des médicaments est positionnée sur le chariot de soins.
	Réfrigérateur avec thermomètre (température tracée)	Il existe une fiche de traçabilité sur le réfrigérateur.
	Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmierie ? Armoire contenant les médicaments hors PDA, sécurisation	Écart 50 : Il n'existe pas de traçabilité des péremptions, pas de traçabilité pour le stock hors PDA et il a été constaté plusieurs médicaments, dont des médicaments d'urgence périmés  Dans le CR de la réunion Ide – Cadre de santé du 12 mai 2025, il est stipulé :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		<u>Tracabilité (Chariot, Sacs d'urgence, température)</u> Bien lire et tenir compte des différentes notes de service ainsi et surtout, des procédures en place. Ne pas hésiter à solliciter la cadre de santé lors de questionnements, incompréhension.. Importance de « tracer » sur les supports existants (nettoyage chariot, contrôle frigo, vérification sac urgence, vérification des produits périmés....) Valise d'urgence Le chariot est à nettoyer complètement le dimanche par l'équipe de jour et de nuit de préférence et tenir au propre quotidiennement.
Dotation pour soins urgents		La dotation pour les soins urgents se situe dans un local de réserve au niveau de l'agora, dans une caisse en hauteur, non ergonomique.
Trousse ou chariot d'urgence : Un ou plusieurs Accessibilité le jour Accessibilité la nuit		Dans l'infirmerie se situe au sol, une valise d'urgence, scellée, en cours de réfection d'après la cadre de santé. Elle est accessible uniquement aux IDE jour et nuit.
Armoire de stockage des piluliers hebdomadaires (livrés conditionnés sous blister)		Les piluliers hebdomadaires sous blister sont livrés par la pharmacie une fois par semaine et sont stockés dans le chariot de soins ouvert en permanence.
Chariot médicament		Le chariot de médicaments est assez imposant non ergonomique selon les entretiens menés.
Matériel d'aspiration		Le matériel d'aspiration est situé dans la réserve. Lors de la mission il était fonctionnel.
DAE : où ?		Le DAE est situé dans l'agora à l'entrée de l'infirmerie et fonctionnel. Il n'existe qu'un seul fléchage le situant. La date du dernier contrôle est 28 juin 2024.
Bouteille O2		Deux bouteilles d'O2 étaient présentes dans le poste de soin sous la paillasse. <u>Document 23.</u> Obus non fixés présents sous la paillasse du poste de soins 

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		Remarque 13 : Les bouteilles d'O2 devraient être attachées pour éviter les accidents
	Extracteur O2	Il est présent dans la réserve
	ECG	Non présent dans la structure.
	Trombinoscope des résidents.	Le trombinoscope est disponible sur Netvie mais il n'existe pas de photo des résidents sur les chariots de soin. Remarque 14 : absence des photographies des résidents sur le chariot de soins
	Tableau de programmation des soins.	Il n'existe pas de tableau de programmation des soins mais un agenda des soins.
	Annuaire des principaux correspondants (établissements de santé, garde médicale 14, LBM, pédicures)	Un classeur contenant les coordonnées des correspondants est disponible dans le poste de soins.
	Matériels de pesée – Balance debout – Chaise – Plateforme – Peson	Lors de l'inspection, la mission a constaté la présence de : Balance debout -> non fonctionnelle Une plateforme située dans la réserve accessible uniquement par les IDE.
	Consignes AES	Oui dans le poste de soins.
3.8 Champ thérapeutique	7.2.5. <u>La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapie, orthophoniste, orthoptiste)</u> Composition de l'équipe de rééducation et plages horaires	Les postes d'orthophoniste et orthoptiste ne sont pas pourvus. Deux kinés libéraux interviennent en alternance tous les jours sur prescriptions. Un le matin sauf le mercredi et jeudi et un l'après-midi. Un ergothérapeute libéral intervient.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ?	Une salle de kiné est disponible au 1^{er} étage conforme, mais la climatisation n'était activée le jour de l'inspection (alerte rouge canicule). Il n'existe pas de procédure en cas d'urgence, mais un téléphone est à disposition pour appeler les IDE. Une salle d'Art-thérapie est disponible non climatisée. Une salle SNEOEZELEN est installée au sein de la MAS. Mais elle n'est pas climatisée. La mission constate une température élevée lors de notre inspection. Une salle de balnéothérapie comportant un bassin à remous de type jacuzzi hors sol est présente au sein de l'établissement. L'installation d'un bassin doit faire l'objet d'une déclaration d'ouverture à la mairie du lieu de son implantation, accompagnée d'un dossier justificatif, conformément à l'article L.1332-1 du code de la santé publique. Ce dossier n'a pas été transmis à l'ARS, qui n'a pas pu mettre en place le contrôle sanitaire réglementaire. Écart 51 : Le bassin de balnéothérapie n'a pas fait l'objet d'une déclaration aussi l'établissement contrevient à l'article L.1332-1 du CSP. La salle de rééducation est-elle adaptée aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents accueillis, notamment des installations de balnéothérapie. ?) Elle n'était pas utilisée depuis 4 mois. Du fait d'une panne du rail lève malade. En outre, peu de professionnels acceptent d'accompagner les résidents dans le bassin. 5 sont formés à la balnéothérapie. La mission a constaté que l'eau restait chauffée, la baignoire non vidée, et que la protection au dessus de la baignoire et le fond de l'eau étaient sales. Aussi, une vidange et un nettoyage est nécessaire avant remise en service. D'autre part la mission n'a pas constaté la présence d'un carnet de traçabilité, ne lui permettant pas de vérifier que les analyses de surveillance de l'eau sont réalisées. Remarque 15 : Remarque : Les installations présentent des salissures : bâche de protection et fond de bassin. Écart 52 : En l'absence de carnet de traçabilité de l'entretien et du traitement de l'eau de la balnéothérapie l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D1332-10 du CSP.
	Les missions d'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires sont-elles réalisées ?	

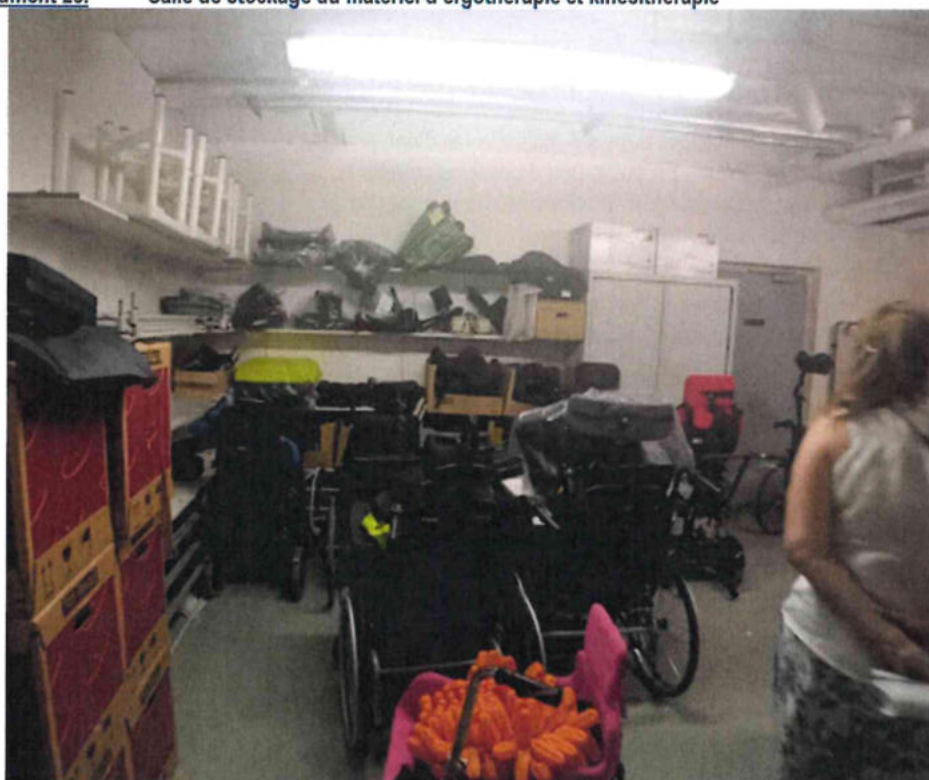
Une utilisation est-elle faite de toute technique adaptée de kinésithérapie ou de psychomotricité et l'utilisation d'aides techniques pour l'amélioration et la préservation des potentialités motrices ?

Document 24. Balnéothérapie



Le matériel d'ergothérapie est entreposé dans une réserve au rez de chaussée de façon désordonnée, peu hygiénique, et peu accessible.

Document 25. Salle de stockage du matériel d'ergothérapie et kinésithérapie



Document 26. Stockage des pièces détachées des fauteuils

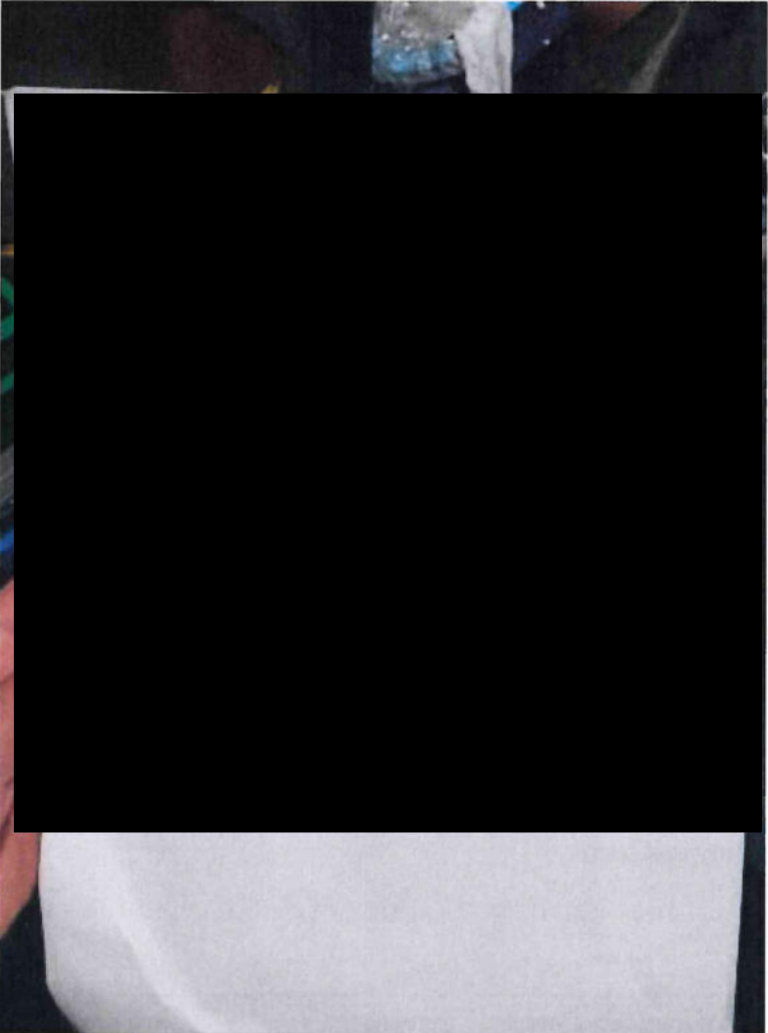


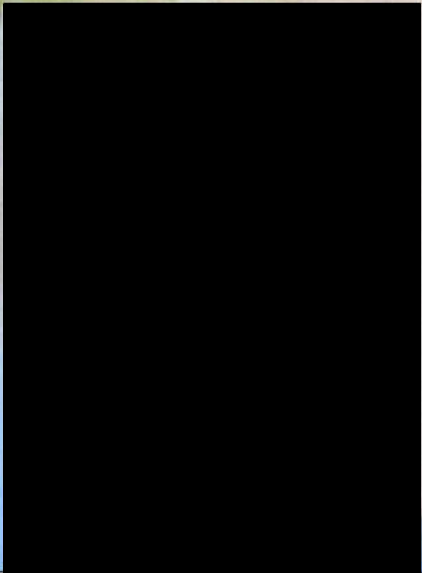
Document 27. Stockage des matelas



Une affiche concernant le nettoyage des fauteuils est présente en salle d'activité. Lors de l'inspection la mission n'a pas constaté de traçabilité des nettoyages des fauteuils

Sous-thème IGAS	Points de contrôle
Equipements des chambres favorisant l'autonomie et interventions de l'équipe soignante pour l'adaptation continue	Les chambres sont équipées de rails lève malade. Dans le réfectoire la mission a observé une chaise comportants au niveau des 4 pieds seulement 3 balles de tennis ce qui pourrait engendrer un risque de chute d'un résident <u>Document 28.</u> Chaise présente dans le réfectoir avec 3 balles sur 4. 
3.8 Champ thérape utique 7.2.6. <u>Gestion des urgences médicale</u> <u>s</u> Article R4312-43 Article R4311-14 CSP HAS GUIDE D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap juillet 2017 Article D344-5-6 CASF Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation des matériels d'urgence ?	Oui disponible dans le poste de soins affiche ARS murale. Oui disponible dans la réserve et dans le valise roulante d'urgence en cours de réévaluation par la cadre. Les professionnels sont tous formés au SST.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	Dotation du chariot d'urgence ? Signée ? Mise à jour ?	La dotation est située dans la réserve. 
	Le chariot d'urgence est-il scellé ?	OUI
	Contenu du chariot d'urgence : Vérifié ? Absence de produits périmés ? Article R4312-38 CSP (L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption)	Il n'y a pas de traçabilité des péremptions. Comme indiqué dans la partie 3.8.5 du présent rapport. Il existe de nombreuses péremptions. Il existe une fiche de suivi journalier du sac d'urgence qui comporte uniquement le numéro de scellé, le niveau d'02 ainsi que le nom et la signature de l'IDE.. Document 29. Fiche de suivi journalier du sac d'urgence Juin 2025

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		
	7.2.7. <u>Les prises en charge</u>	
3.8 Champ thérapeutique	1.1.1.3. <u>Les prescriptions médicales</u> <u>R5132-3 CSP</u> (modalités de prescription)	Les prescriptions sont conformes.
	Quels professionnels établissent les prescriptions initiales de dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques ? <i>Kinésithérapeute :</i> <u>Liste prescriptions possibles</u> <i>Ergothérapeute :</i> <u>Liste prescriptions possibles,</u> <u>Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes</u>	D'après les entretiens, c'est l'ergothérapeute qui demande les prescriptions au médecin. Les prescriptions kinés sont faites par 
3.8 Champ thérapeutique	7.2.8. <u>Les supports de transmis</u>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	<u>sions</u> <u>écrites</u> <u>des</u> <u>prestataires</u> <u>extérieurs</u> <u>s</u>	
	Quels sont les différents supports pour les transmissions des intervenants extérieurs (soins, kiné, orthophoniste, etc.) ? <u>L311-3 (2°) CASF</u> (libre choix des prestations offertes) <u>R4321-91 CSP</u> (transmissions Kiné) <u>R4321-2 CSP</u> (kiné bilan et traçabilité dans fiche de synthèse) <u>L311-3 (4°) CASF</u> (confidentialité des infos concernant le résident) <u>L311-3 (5°) CASF</u> (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant)	Les intervenants extérieurs ont accès à [REDACTED] pour les transmissions, ainsi que pour les bilans et PPI.
	7.2.9. <u>Les</u> <u>procédures</u> <u>et</u> <u>protocoles</u> <u>s</u> L'établissement a-t-il formalisé des protocoles de soins, procédures ou conduites à tenir dans diverses situations : Procédures validées ? Les professionnels connaissent-ils ces protocoles de soin ? Savent-ils les trouver ? <u>Article D344-5-3 CASF (7°</u> <u>Accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins) ;</u>	La MAS a formalisé des procédures en cas de : diarrhée, constipation, vomissements, troubles du transit, valise d'urgence, crise d'asthme, HTA, supplémentation en vit D. En revanche, la mission n'a pas constaté de protocoles de change et d'hygiène corporelle et des mains. Des prescriptions « change à deux » sont faites pour certains résidents. Lors de l'inspection il a été porté à la connaissance de la mission un EIG qui a eu lieu en 2025, basé sur le non respect du protocole de « change à deux ». Le patient de 50 ans souffre actuellement d'une fracture complexe de l'humérus droit. Selon le CR de la réunion IDE cadre de santé du 19 décembre 2024, les procédures sont disponibles sur Netvie :

Article R4312-43

CSP (IDE applique les protocoles médicaux)

Article R4311-3

CSP (Protocoles de soins infirmiers)

Article R4311-8

CSP (L'infirmier est habilité à

entreprendre et à adapter les traitements

antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers).

Article R4311-14

CSP (En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable).

HAS GUIDE**D'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES****ES- Accueil,
accompagnement
et organisation des
soins en****établissement de
santé pour les
personnes en
situation de
handicap. Juillet
2017****Application des Procédures(Contention, transit, douleurs)**

Protocoles disponibles sur [REDACTED] dans l'onglet « Autre » puis « Protocoles » vous trouverez les protocoles en cours validés par le médecin

A la lecture des protocoles :

1- Le protocole intitulé "Conduite à tenir en cas de vomissements" a été prévu pour diffusion « à l'ensemble des équipes » et ne répond pas aux exigences de sécurité et de qualité attendues dans un établissement accueillant des personnes polyhandicapées. Aucune indication n'est fournie concernant les critères cliniques de déclenchement, la hiérarchisation des responsabilités suivant les différents techniciens : Aide-soignant, AMP, IDE, IPA, médecin, SAMU, les modalités d'évaluation et de surveillance, les délais d'intervention médicale.

Le protocole ne propose aucune grille d'évaluation initiale ni de signes d'alerte permettant de différencier une simple nausée bénigne d'un tableau potentiellement grave (occlusion intestinale, infection systémique, effet indésirable médicamenteux). Cette lacune expose les résidents à un retard diagnostique et thérapeutique préjudiciable. Le Vogalène (métopimazine) est utilisé en automédication institutionnelle, ce qui est contraire aux règles de prescription individuelle.

L'injection IVL est une voie invasive à risque, particulièrement en population fragile, nécessitant une évaluation médicale, une prescription formelle, cette forme injectable est réservée habituellement à des situations spécifiques souvent hospitalières, cette prescription n'est pas d'usage courant en ville sauf si elle est prescrite dans un cadre précis avec surveillance médicale et une traçabilité précise. Ces conditions ne sont ni décrites, ni vérifiables dans le protocole présenté.

Le protocole ne distingue pas les missions des aides-soignants, des infirmiers, de l'IPA et du médecin, ni les modalités d'appel médical (médecin coordonnateur, médecin traitant, régulation 15).

Cette imprécision crée un vide décisionnel et fait porter un risque de responsabilité sur les équipes sans cadre clair.

2- Le protocole « en cas d'HTA » est destiné à l'ensemble des équipes IDE

Dans ce protocole aucune échelle clinique de gravité (signes neurologiques, visuels, douleurs thoraciques, céphalées, etc.) n'est mentionnée.

Aucune prise en compte du contexte clinique du résident (âge, pathologies, traitements, niveau de communication) n'est intégrée.

Ce manque de critères expose à un retard de diagnostic ou à une médicalisation abusive.

La chaîne d'alerte médicale et des responsabilités sont mal identifiées.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle
	- La responsabilité des actes est floue et le risque de décisions inadaptées est élevé. 3- Le protocole pour la supplémentation en vitamine D ne comporte pas d'introduction ni d'objectifs formalisés ce qui limite son intégration dans les pratiques de l'établissement. Le protocole indique de réaliser un dosage initial de 25(OH)D sérique (25 OHD) avant toute supplémentation. Mais Il n'est pas précisé dans quel cadre ce dosage est intégré (bilan annuel ? bilan initial à l'admission ?), - Aucune mention de la surveillance de la calcémie ou de la fonction rénale en cas de facteur de risque n'apparaît, - Les contre-indications à la supplémentation (hypercalcémie, hyperparathyroïdie, insuffisance rénale sévère) ne sont pas évoquées. Le protocole prévoit une supplémentation d'entretien mensuelle de 50 000 UI à l'issue de la phase de recharge, ce qui est une pratique standard adaptée à une population adulte institutionnalisée, en l'absence d'exposition au soleil. Mais le protocole n'évoque pas les situations nécessitant un schéma renforcé : patients sous antiépileptiques inducteurs enzymatiques (phénytoïne, carbamazépine), corticoïdes au long cours, etc., Il n'intègre pas de réflexion sur les sorties en extérieur : alors que les résidents sortent très peu, le protocole ne tire pas les conséquences de cette carence d'exposition, pourtant essentielle dans la synthèse naturelle de vitamine D. Le protocole n'est pas intégré au projet de soins individualisé, ni relié aux outils de coordination entre infirmiers, IPA, médecin coordonnateur, pharmacien. 4- Concernant le protocole « en cas de diarrhée » le protocole ne commence par aucun objectif clair, ni définition du public concerné, ni explication du contexte. Il est pourtant annoncé comme destiné à toute l'équipe pluridisciplinaire (AMP, AS, IDE, médecin, IPA). La coordination rigoureuse entre les professionnels AMP, AS, IDE, IPA et médecin n'est pas expliquée. Le protocole déclenche l'action « en cas de selles liquides, à partir de trois selles récidivantes ». Mais :Le terme « récidivantes » est imprécis : sur combien de temps ? Avec quelle consistance ? Aucun critère clinique de gravité ou d'urgence n'est mentionné (fièvre, vomissements, troubles de la conscience, tension artérielle...). Le protocole crée une confusion majeure entre les rôles : il faut structurer clairement la chaîne fonctionnelle, le protocole demande « éliminer une fausse diarrhée par la clinique et un Abdomen Sans Préparation ». Le protocole dit : « Si persistance au-delà de 48 h, appel au médecin ». C'est dangereux et inadapté en MAS, pour des

résidents souvent grabataires, dénutris, épileptiques, à risque de décompensation rapide.

Le médecin (ou l'IPA) doit être informé dès 24 h sans amélioration ou dès les premiers signes d'alerte (vomissements, fièvre, apathie, soif intense, etc.).

Le protocole dit : « adapter un régime anti-diarrhée et hydraté ++ », sans aucun détail.

5- Le protocole « trouble du transit » affiche un objectif général « à destination des Pharmaciens, Médecins, préparateurs, cadre de santé, infirmiers, aide-soignant, AMP et AES. » Ce protocole reste généraliste, non spécifique au polyhandicap, non contextualisé à une population incontinente et souvent grabataire, dépendante à 100 % pour l'élimination.

Le protocole cite une longue liste de professionnels (AS, AMP, infirmiers, IPA, médecin, cadre de santé, préparateurs, pharmacien), mais il ne précise jamais qui fait quoi. Il ne distingue pas l'observation quotidienne (AMP, AS) de l'évaluation clinique (IDE) ou de la décision thérapeutique (médecin, IPA). Il n'intègre pas les procédures transversales (nursing, hydratation, alimentation). Dans une MAS avec des résidents très vulnérables, la lisibilité des rôles est essentielle : chaque acteur doit savoir à quel moment il doit alerter, agir, transmettre ou prescrire.

Aucun lien n'est fait avec la réalité de l'alimentation par texture mixée, souvent donnée à la cuillère ou à la seringue. Il y a une absence d'outils de surveillance et d'évaluation, le protocole n'intègre aucune fiche de suivi : Pas de grille d'observation du transit, Pas de fiche d'hydratation, Pas de recommandations de traçabilité pour les soignants.

Le protocole ne prévoit : Ni critères de gravité en cas de diarrhée, ni définition opérationnelle du fécalome, ni délai d'intervention attendu en cas d'absence de selles ou de selles liquides, ni temps de réévaluation médicale obligatoire.

6- Concernant le protocole « en cas de crise d'asthme. Le seuil d'appel du 15 (si pas d'amélioration à 15-20 minutes) est raisonnable et sécurisant. Mais il n'existe aucun repère pour identifier la crise dans un contexte polyhandicap. Or les patients ne verbalisent pas leur gêne respiratoire.

7- Le protocole sur la constipation s'adresse à l'ensemble des équipes (soignants, AMP, IDE, cadre, IPA, médecin, etc.), il est peu adapté à la population polyhandicapée.

8- Le protocole sur l'utilisation et l'entretien de la valise (ou chariot) d'urgence

Texte daté et non mis à jour, dernière mise à jour : 2019 ce qui est inadapté au contexte actuel de sécurité, de

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		coordination avec l'IPA, de formation continue, de traçabilité. Il manque donc l'articulation entre le contenant (valise) et les contenus (protocoles d'urgence). Remarque 16 : Les protocoles de soin de sont pas suffisamment précis.
	1.1.1.4. Le traitement de la crise épileptique	
Procédure de décision de traitement <u>Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie, HAS, décembre 2023</u>		La mission n'a pas eu connaissance du protocole en cas de crise d'épilepsie. Les prescriptions de traitement antiépileptique sont faites pour les résidents à risque d'épilepsie.
Procédure de délégation par les IDE et professionnels formés <u>Article D344-5-12 CASF</u> <i>(L'organisation et la composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie garantissent : 2° La cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants) ;</i>		Il n'y pas de procédure de délégation pour les traitements épileptiques.
Procédure d'administration		
Produits adaptés disponibles		
	1.1.1.5. La prévention	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	des escarres	
	Procédure détaillée. <u>Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé HAS, novembre 2001.</u>	Il n'existe pas de prévention des escarres écrites, ni de protocole. Selon les entretiens il n'y aurait pas d'escarres chez les résidents de la MAS.
	1.1.1.6. Le traitement de la douleur	
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur ⁵ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ? <u>Article L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur)</u> <u>Article L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS)</u> <u>Article R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier et douleur)</u> <u>Article D344-5-3 CASF (L'établissement 4° Porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique) ;</u> <u>Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999,</u>	L'analyse des dossiers et des transmissions sur [REDACTED] révèlent que le personnel soignant n'évalue pas la douleur des résidents à l'aide d'échelles adaptées aux personnes porteuses de handicap sévère, nous ne retrouvons pas de traçabilité d'évaluation. Il ressort des entretiens que les soignants « <i>évaluent la douleur par habitude</i> ». Il n'existe pas de protocole douleur. Le médecin prescrit des antalgiques de façon individuelle en si besoin selon sa présence. Écart 53 : En l'absence de protocole douleur et d'évaluation de la douleur l'établissement contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 du CSP et D344-5-3 du CASF.
	1.1.1.7. Les soins palliatifs	
	Si résident en fin de vie, l'accompagnement est-il organisé ? <u>Article L1111-11</u> <u>Article R1111-18</u>	Les entretiens ont révélé que seuls quelques soignants sont formés aux soins palliatifs.

⁵ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
	Article R1111-19 CSP (Directives anticipées)	
	Convention HAD/soins palliatifs ?	Il n'existe pas de convention HAD/ Soins Palliatifs
	1.1.1.8. Les contentions	
	Existe-t-il une ou des procédures existantes concernant les contentions et matériels de prévention des chutes ? Prescription conforme RBBP ? Evaluation B/R régulière ?? Traçabilité dans les dossiers ? NB : l'annexe au contrat de séjour n'est pas opposable hors EHPAD, cf Article L311-4-1 et Article R311-0-5 Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, HAS, octobre 2018. Contention physique de la personne âgée, HAS, janvier 2010	Les contentions sont établies par le médecin, et renouvelées par l'IPA. La liste est à jour. Les entretiens ont révélé qu'une résidente bénéficie d'une contention en chambre. Si cette contention est bien prescrite dans [REDACTED] la preuve de la surveillance toutes les heures inscrite sur l'ordonnance n'est pas tracée dans [REDACTED] En outre, le renouvellement des contentions ne peut pas être réalisé par l'IPA. En effet, cette possibilité ne figure pas dans l'arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R4301-3 du CSP. Écart 54 : En ne réalisant pas la surveillance de la contention en chambre toutes les heures l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. Écart 55 : En laissant le renouvellement des ordonnances de contention à la charge de l'IPA l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R4301-3 du CSP. <u>Document 30.</u> Prescriptions de contentions sur [REDACTED]
	7.2.10. Les accompagnements	
	Article D344-5-8 CASF	Lors de l'inspection, la mission a relevé dans un compte rendu [REDACTED] d'une consultation [REDACTED] accompagné par un AS de la MAS : « ...j'ai vu .. sans

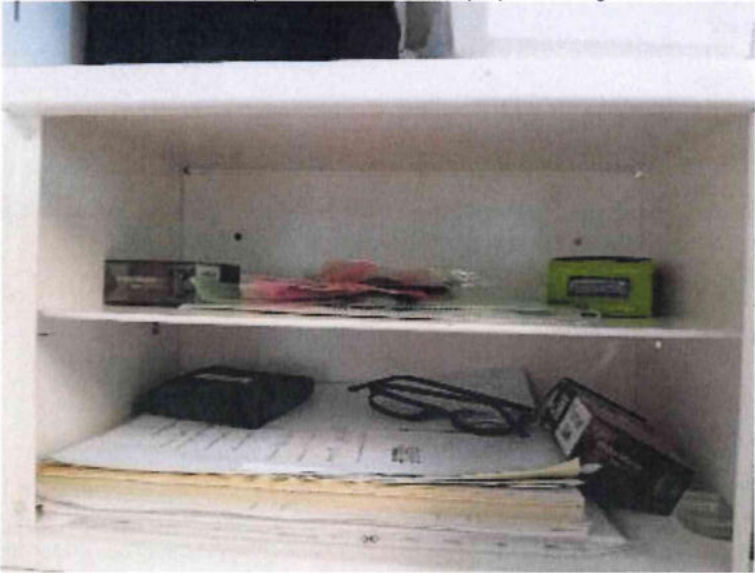
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	
		aucune information médicale depuis l'année dernière. Il est arrivé en ambulance avec énormément de retard. J'ai peu échanger un peu au téléphone avec une IDE de la MAS, qui elle-même n'avait pas toutes les informations... Je préfère que Dorénavant les RDV se fassent en visio dans l'établissement avec le [REDACTED] afin d'avoir les informations indispensables et d'éviter au patient 2h de transports ce qui est source de fatigue de stress... ». Les entretiens ont révélé « qu'en principe la fiche vécue du résident (en cours de réalisation) est transmise lors de consultations extérieures. Mais pas de fiche de liaison paramédicale (cf situation énoncée ci-dessus). Le dossier administratif est également transmis, en revanche la mission note que la personne de confiance n'est pas systématiquement nommée.
		Écart 56 : L'absence de dossier contenant une fiche exposant les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par le résident, une fiche présentant les informations médicales relatives à la personne, une fiche de liaison paramédicale et une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propre au résident lors de consultations extérieures contrevient aux dispositions de l'article D344-5-8 du CASF.
Article D344-5-9 CASF		Un soignant est systématiquement détaché pour l'accompagnement aux consultations.

7.3.

Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

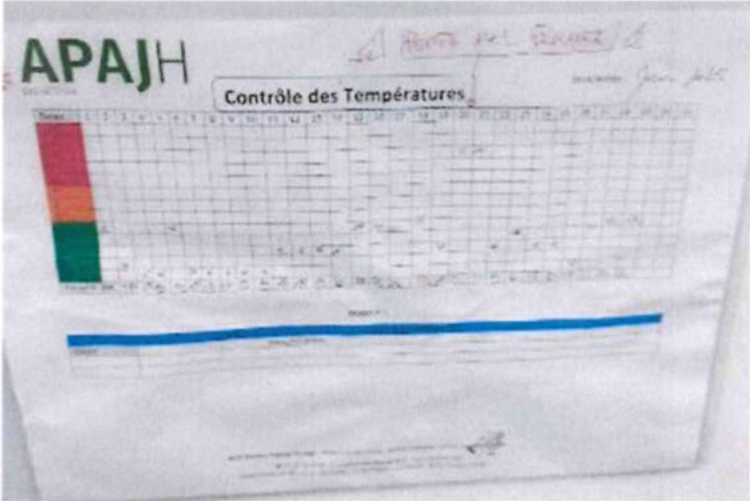
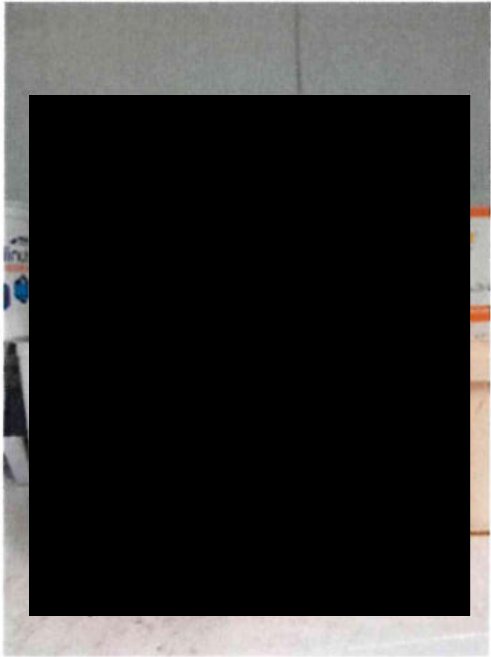
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	7.3.1. Le circuit du médicament Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ? 7.3.2. Prescription Article L313-26 du CASF. R344-2 (2°) CASF Article L313-26 CASF Article R344-2 CASF Article L5121-1-2 CSP Article R5132-3 CSP Article R5132-4 CSP Article R5132-5 CSP Article R5132-29 CSP Article R5132-30 CSP Quels sont les moyens de transmissions des	La procédure a été écrite et validée en janvier 2024. Il est stipulé p.3 « l'ide contrôle les dates de péremption des médicaments présents et du matériel médical dans le local infirmerie ». La mission n'a retrouvé lors de l'inspection aucune traçabilité du suivi des péremptions des médicaments présents. De plus le jour de l'inspection plusieurs médicaments périmés depuis mars 2025 pouvant mettre en péril la santé des résidents (médicaments d'urgence). Écart 57 : En n'assurant pas la traçabilité du suivi des péremptions et en ne garantissant pas la validité des dates des médicaments, notamment d'urgence, la santé et la sécurité des résidents ne sont pas assurées ce qui contrevient aux articles L311-3 du CASF Les prescriptions médicales font bien la distinction entre soins et aide à la vie courante. Remarque 17 : Les ordonnances sont transmises de la messagerie outlook de la MAS à l'officine sur leur adresse GMAIL non sécurisée. La pharmacie devrait communiquer par messagerie sécurisée seulement en fin d'année 2025.

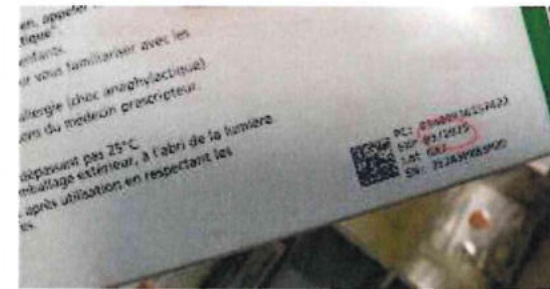
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	ordonnances de la MAS à l'officine ? Article R4235-48 CSP Article R5132-22 CSP	
	7.3.3. Commandes	
	Commandes urgentes ? Modalités d'ajout d'un médicament et de préparation hors PDA ?	Il ressort des entretiens que l'officine est très réactive en cas de commandes urgentes, les livraisons sont faites en journée voire en soirée. Les ajouts d'un médicament et la préparation hors PDA se font de manière ponctuelle notamment pour les antibiotiques.
	7.3.4. Livraison	
	Toute commande livrée en dehors de l'officine ne peut être remise qu'en paquet scellé. Article L5125-25 CSP Article R5125-47 CSP	Hors stupéfiant les commandes livrées ne sont pas scellées d'après les entretiens menés.
	7.3.5. Dispensation	
	Le rôle de pharmacien d'officine référent est juridiquement limité aux officines desservant des EHPAD Article L5125-1-1 A CSP Article L5126-10 CSP	Le pharmacien analyse les traitements et vérifie la cohérence de ces derniers, effectue des changements de molécules si des ruptures existent.
	La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée par : L'officine en pharmacie ? Les IDE de la structure ? La fréquence de livraison des piluliers/PDA est-elle hebdomadaire ? OMéDIT IDF-« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022 Article R4311-5 CSP Article R4311-4 CSP Article R4312-38 CSP	La préparation des piluliers est effectuée par l'officine en pharmacie. Les rouleaux « escargots » sont livrés le mardi pour un début de distribution les mercredis dans une caisse scellée. L'ide du mardi range les rouleaux dans chaque banquette correspondants au résident. Aucune vérification n'est effectuée au moment du rangement. En revanche l'IDE vérifie la prescription au moment de la distribution des traitements.
	7.3.6. Stockage Le stockage des médicaments se fait dans : Des armoires sécurisées ;	Une partie du stockage des médicaments hors PDA se fait dans une armoire non fermée à clef et l'autre dans le chariots à médicaments non sécurisé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>R5126-109 CSP</u> (<i>armoire sécurisée</i>) Des chariots à médicaments sécurisés ? <u>L311-3 (1°) CASF</u> (<i>Sécurité de l'utilisateur</i>) <u>R.4312-39 CSP (IDE</u> <i>protège accès aux médicaments)</i> Existe-t-il un coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé ? <u>R5126-109 CSP</u> (<i>ESMS sans PUI, Stockage médicaments et/ou stupéfiants dans local, armoires ou autres dispositifs de rangement avec système de fermeture sécurisée</i>) Y a-t- uniquement des médicaments stupéfiants dans le coffre dédié ? <u>Article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013</u> (<i>armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à l'usage des stupéfiants</i>) Registre pour tracer les entrées et sorties des stupéfiants Article. <u>R5132-80</u> et <u>R5132-36</u> du CSP. Substances vénéneuses <u>Article R5132-26 CSP</u> <u>Article L5132-1 CSP</u> <u>Article L5132-6 CSP</u>	Le coffre des toxiques est fermé à clef et situé dans l'armoire à pharmacie ouverte. La clef est détenue par les IDE. Lors de l'inspection, il ne contenait pas de stupéfiants, la souche de traçabilité était présente. En revanche, il contenait une paire de lunettes, deux paquets de cigarettes et de l'argent dans un portefeuille.  Les substances vénéneuses (psychotropes) sont stockés avec l'ensemble des traitements hors PDA. Écart 58 : En présence d'autres objets que des stupéfiants dans le coffre à stupéfiants et en stockant des psychotropes avec l'ensemble des traitements hors PDA, l'établissement contrevient aux dispositions des articles 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 et R5132-26 du CASF. <u>Document 31.</u> Pharmacie de l'infirmerie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
Produits thermosensibles <i>Ordre National des Pharmaciens: Recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C à l'officine (déc. 2009 et oct. 2012</i>		Lors de l'inspection, la mission a retrouvé dans une chambre en travaux sans climatisation des poches d'alimentation stockées sur un lit et dans une commode en vrac. La température mesurée était de 28 degrés. La recommandation du laboratoire indique bien la conservation dans un endroit sec et frais

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>OMEDIT Normandie</u> <u>La gestion des</u> <u>Produits de Santé</u> <u>Thermosensibles</u> <u>Décret n° 2009-718</u> <u>du 17 juin 2009 relatif</u> <u>à la collecte et à la</u> <u>destruction des</u> <u>médicaments à usage</u> <u>humain non utilisés</u> <u>R5126-109 CSP</u> (dispositif de stockage dédié) - Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) et cet entretien est tracé ;	 Le réfrigérateur du poste de soin n'était pas dégivré lors de l'inspection. Aucune traçabilité de nettoyage n'a été portée à la connaissance de la mission. Écart 59 : En ne conservant pas les produits thermosensibles dans un lieu adapté et en n'assurant pas que les réfrigérateurs dans lesquels ils sont stockés sont en bon état de fonctionnement et entretenus, l'établissement contrevient aux dispositions des recommandations de l'OMEDIT, de l'article R5126-109 du CSP et de l'article L311-3 du CASF. <u>Document 32.</u> Frigo du poste de soin non dégivré 

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	- Son entretien est tracé ; - Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'utilisateur) Médicaments hors PDA - Stockage nominatif ? - Modalités de stockage	Le contrôle de sa température est réalisé. En revanche les thermomètres mis à disposition des professionnels dans la MAS sont de qualité médiocre. Les différents relevés des frigos des cuisines des unités font état de températures non tolérées pour la conservation des aliments. Document 33. Fiche traçabilité du frigo du poste de soin.  Les médicaments hors PDA ne sont pas nominatifs, la livraison est globale bien que la commande se fasse sur une ordonnance nominative. Toutefois la mission a relevé certains médicaments avec uniquement un prénom sur la boîte. Document 34. Médicament hors PDA situé dans l'armoire à pharmacie. Aucune date d'ouverture n'est inscrite.  D'autre part, la mission a constaté que dans le cas où plusieurs résidents avaient un traitement hors PDA, par exemple de la dépakine, un seul flacon était ouvert pour l'ensemble des résidents.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Dotation pour soins urgents Article R5126-108 CSP Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager) R4312-38 CSP (IDE vérifie péremption des médicaments) RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé (Flacon : page 42-6.3.2 / médicaments : page 82-11.1.1)	Écart 60 : En n'ouvrant qu'un seul flacon pour un traitement hors PDA pour l'ensemble des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé. Il existe une dotation pour les soins urgents. De nombreux médicaments non étiquetés au nom du patient ont été retrouvés périmés : 01/2025 ; 02/2025 ; 03/2025 ; 04/2025 ; 05/2025. Ex de médicament périmé : 2 stylos ANAPEN (choc anaphylactique – ordonnance toujours en vigueur), XARELTO (anti coagulant – ordonnance toujours en vigueur) Document 35. Anapen 300 périmés depuis mars 2025 – Non nominatif    Document 36. Comprimés périmés depuis février 2025 – non nominatifs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Document 37.</u> Bandelettes urinaires périmés Lors de l'inspection, la mission a constaté la présence d'hydrobag datée du 23 juin sans notion d'horaire ni de fin, dont une branchée sur un résident. La notice du fournisseur indique une utilisation de 4 jours maximum. Écart 61 : en administrant une hydratation en poche au delà des délais d'utilisation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF. <u>Document 38.</u> Poche hydrobag datée du 23 juin soit une date dépassée de 3 jours risque infectieux important

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mission a également constaté des seringues de 60ml permettant l'hydratation via la nutrition entérale, non identifiées, n'indiquant pas la date d'ouverture avec de l'eau stagnante. Une autre seringue a été trouvée avec une date d'ouverture au 23 juin contenant de l'eau stagnante. Document 39. Seringue retrouvée le 30 juin destinée à l'hydratation sur nutrition avec une date d'ouverture au 23 juin, contenant de l'eau stagnante. Document 40. Seringues destinée à l'hydratation sur nutrition avec de l'eau stagnante sans date d'ouverture.

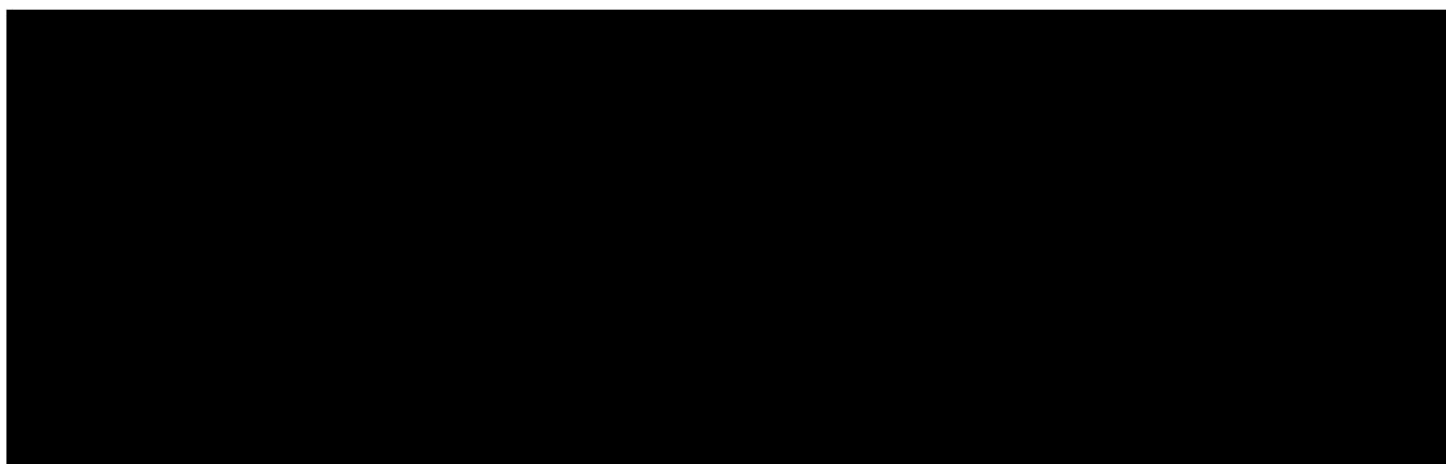
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Document 41.</u> Complément alimentaire ouvert sans date d'ouverture

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Document 42. Complément alimentaire ouvert sans date d'ouverture Document 43. Traitement laxatif ouvert sans date d'ouverture ni d'étiquette nominative

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	7.3.7. Distribution et administration Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? R.4311-4 CSP Article R4311-7 CSP Guide "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments" HAS 2022 R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) OMéDIT IDF-Actes-possibles-d'aide-a-la-	 La mission a constaté plusieurs produits ou traitement ou dispositifs sans date d'ouverture. Écart 62 : En n'inscrivant pas la date d'ouverture des produits et dispositifs médicaux et en n'identifiant pas les résidents auxquels ils appartiennent l'établissement contrevient aux articles R4311-4 du CSP et L311-3 du CASF Pour les traitement PDA, l'identification est présente sur les sachets. Pour les traitements hors PDA, l'identification est aléatoire. Il n'existe pas de procédure formalisée encadrant explicitement la délégation de la distribution des médicaments. A travers l'analyse des protocoles relatifs à la gestion de la constipation et des vomissements, adressés à l'ensemble de l'équipe soignante — incluant les aides-soignants (AS), les aides médico-psychologiques (AMP) et les IDE) — il apparaît que les AS / AMP peuvent être amenés à distribuer certains médicaments. Écart 63 : En l'absence de procédure de délégation des médicaments alors que des AS/AMP peuvent être amenés à en distribuer, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-4 et R 4312-36 du CSP.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>prise ESMS-PH que- dit-la-loi ?</u> -2022 <u>Article R4312-36</u> CSP <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité de l'utilisateur) OMÉDIT IDF-« <u>La</u> <u>préparation des</u> <u>médicaments :</u> <u>Bonnes pratiques et</u> <u>hygiène</u> »-2022	Le broyage des médicaments se fait sur prescription médicale. Il n'existe pas de protocole de broyage des médicaments. Écart 64 : En l'absence de protocole de broyage des médicaments et en les broyant ensemble dans un même sachet, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de l'OMÉDIT La traçabilité immédiate de l'administration se fait par l'intermédiaire d'une feuille située sur le chariot de soins. Les IDE rapportent par la suite l'administration sur [REDACTED]

Cergy le,

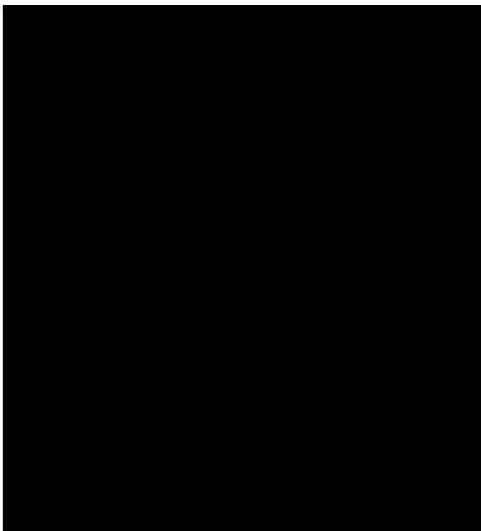


Annexe 2 Lettre de mission



Délégation départementale de l'ARS
du Val-d'Oise

Direction de l'autonomie



24 JUIN 2025

Cergy, le

Objet : Lettre de mission d'inspection – Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) Docteur Odette SAVAGE

Mesdames,

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

Il s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ».

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

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

La Maison d'accueil spécialisée Docteur Odette SAVAGE située au 9 rue Taillepie à Sarcelles (95200) (N°FINESS géographique 950013896) a été inscrite dans la programmation de ces contrôles.

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances
- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue
- Gouvernance
- La gestion des ressources humaines
- Fonction support
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées
- 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

La mission débutera à compter du 30 juin 2025 à 9 heures et sera assurée par :

Qui sera accompagnée par les personnes qualifiées suivantes, désignées au titre de leur expertise dans le champ du handicap sur la base de l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique (CSP) :

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- 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 les documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

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

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

¹ Art. L. 1421-2 du CSP

² Art. L. 1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

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

La directrice départementale de la délégation
départementale du Val-d'Oise,
Agence régionale de santé,
Île-de-France



Annexe 3 Liste des documents demandés par la mission

30/06/2025
Inspection de la MAS Odette Savage

Liste des documents demandés

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

N°	Nature du document demandé	Remis papier O/N
1	Liste nominative des usagers avec n° chambre, date de naissance, date d'entrée	Oui
2	Organigramme nominatif à jour de l'établissement	Oui
4	Planning du jour et de la nuit précédente et liste nominative des salariés avec précision lieu d'affectation, type de contrat et si mandat représentant du personnel	Non
8	Plan des locaux	Non
8b	Modalités et code d'accès à distance au DUI pour les volets éducatifs (PVI et transmissions).	Oui

B) Documents à mettre à disposition pour une consultation sur place au plus tard à 11h00:

N°	Document à consulter	Accès aux documents O/N
9	Dossiers administratifs des usagers dont contrat de séjour	Oui
10	PVI des usagers	
11	Dossiers RH des salariés CDI, CDD/vacataires employés en juin 2025	Oui
12	Liste nominative des personnels employés via des sociétés d'intérim pour les mois d'avril à juin 2025	Non
13	Registre légal des entrées et des sorties	Non
14	Classeur des réclamations et des doléances des usagers et des familles et des événements indésirables	Oui

C) Documents à transmettre après la visite au plus tard le 04/07/2025 :

Transmission à l'attention de Madame PELC Anne-Sophie sur la plateforme sécurisée BLUEFILES™ :
<https://bluefiles.com/ars/ars-dd95-inspections>

Merci de bien vouloir respecter la numérotation des pièces transmises

N°	Nature du document demandé	Document transmis O/N
31	Composition du conseil d'administration	Oui
31	Comptes rendus du comité social et économique (CSE) 2024	Oui
32	Projet associatif	Oui
33	Organigramme général de l'association	Oui
34	Qualification et diplôme du directeur	Oui
35	Document unique de délégation du directeur	Non
36	Fiche de poste ou de mission du directeur	Non
37	Documents subdélégations du directeur aux cadres/salariés	Oui
38	Modalités d'organisation de la permanence de la fonction de direction en cas d'absence du directeur (procédures, calendrier/tableau des astreintes de direction de d'avril à juin 2025)	
39	Projet d'établissement en vigueur	Oui
	Planning des astreintes administratives pour les mois d'avril à juin 2025	Oui
40	Règlement de fonctionnement en vigueur	Non
41	Comptes rendus des réunions d'équipe de direction de 2024 à ce jour	Oui
43	Registre unique du personnel - Tableau des personnels salariés à la MAS : nom, âge ou DDN, date du recrutement et de sortie, nature des contrats de travail et fonctions exercées, ETP (en format Excel)	Non
44	Un tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels à pourvoir (en format Excel)	Non
44b	Sur un document word : le taux de rotation du personnel, le taux d'absentéisme, le taux de CDI et de CDD en 2025	Non
45	Livre de paie d'avril à juin 2025	partiellement
46	Copie des diplômes de l'ensemble des personnels figurant à l'effectif et/ou au planning dont soins (mois d'avril, mai et juin 2025) (y compris vacataires en CDD court)	
49	Plans de formation 2024 et 2025 et liste des formations effectivement réalisées en avec documents probants (réalisation, liste d'émargement ou de présence)	Oui
51	Pour les soignants libéraux : contrats d'exercice libéral	Non
54	Plan d'amélioration de la qualité (format Excel)	Oui
55	Protocole de signalement interne des événements indésirables à l'attention des salariés	Oui
56	Protocole de déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables graves aux autorités administratives	Oui
58	Dernière enquête de satisfaction et analyse	partiellement
59	Convention avec la ou les pharmacie(s) d'officine livrant les médicaments	Oui
60	Livret d'accueil des usagers, trame vierge du contrat de séjour (non)	partiellement
61	Procédure d'admission des usagers	Oui
62	Procédure de sortie des usagers	Non
63	Procédure d'élaboration du projet d'accompagnement individualisé	Oui
64	Trame vierge des projets accompagnement individualisé	Non
65	Calendrier 2025 d'actualisation des projets accompagnement individualisé (format Excel)	Non
66	Liste des activités proposées avec la fiche d'activité présentant les objectifs socio-éducatifs visés et plannings	partiellement
67	Comptes rendus des CVS de 2024 à ce jour	Oui
68	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)	Non
69	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [PRENOM-NOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)	Oui
77	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	Oui
78	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel éducatif	Non
79	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	Non
70	Procédure d'accueil des nouveaux salariés (livret du niveau salarié)	Oui
71	Conventions entre l'établissement et les structures extérieures au titre de la continuité des soins	Non

Annexe 4 Liste des professionnels et familles avec lesquels la mission s'est entretenue

- La directrice
- La cadre de santé
- La psychologue
- Une famille
- Des éducateurs spécialisés
- Des AS/AMP
- Des familles

Annexe 5 Constats réalisés sur site le 27 novembre 2025

En vue de la finalisation du rapport d'inspection, de la prise en compte des actions correctives déjà mises en œuvre et de la reprise en pleine gestion de l'autorisation par l'APAJH 95 à l'issue du renouvellement de l'administration provisoire, la mission s'est rendue sur site le 27 novembre 2025 afin de constater les mesures déjà réalisées.

L'objectif était de finaliser le rapport d'inspection avec des données à jour afin de donner à l'APAJH 95 une photographie actualisée de la situation de la MAS Odette SAVAGE.

La visite a été annoncée par mail le 25 novembre à la présidente de l'association. Il lui a été indiqué que la présence d'un représentant de l'APAJH95 était possible si elle le souhaitait.

Aucune réponse n'a été faite à la mission à ce mail et le jour de la visite aucun représentant de l'APAJH95 ne s'est présenté.

Il a été rapporté à la mission à plusieurs reprises lors de cette visite, autant par les professionnels que par les familles, l'absence de communication de la gouvernance de l'APAJH95 concernant l'administration provisoire et la mise à pied puis le licenciement de la directrice.

La mission a constaté une nette amélioration de la situation au sein de la MAS Odette SAVAGE, notamment en ce qui concerne l'entretien des locaux. En effet, un nouveau prestataire a été choisi en remplacement de l'entreprise adaptée gérée par l'APAJH95 qui intervenait auparavant.

De nombreuses actions ont été mises en œuvre ou débuté, permettant à ce stade de mettre les résidents en sécurité.

Le plan d'action initié par l'administratrice provisoire devra être poursuivi et les mesures corrigées maintenues par la nouvelle directrice de l'établissement.

Récapitulatif mis à jour des écarts et des remarques au 27 novembre 2025.

N°ECART	DESCRIPTION	PAGE	CONSTAT AU 27/11/2025	ECART LEVE / MAINTENU
<u>Écart 1 :</u>	En l'absence de règlement de fonctionnement l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-7 du CASF.	11	Un règlement de fonctionnement a été transmis à la mission. Ce dernier est daté du 1er juillet 2022. Il n'est pas affiché de manière visible et accessible au sein de l'établissement. Ce dernier, est particulièrement succinct et ne développe pas suffisamment les aspects suivants: - modalités d'association de la famille - l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation; - les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles; D'autre part, certains éléments n'apparaissent pas dans le document: - les dispositions relatives aux transferts et déplacements; - les modalités d'organisation des transports; - les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes; - les conséquences de violence sur autrui; - les prescriptions d'hygiène de vie.	L'écart est maintenu mais modifié tel que : "Le contenu du règlement de fonctionnement ne répond pas aux dispositions des articles R311-33 et R 311-34 du CASF".
<u>Écart 2 :</u>	Le projet n'établissement ne répond pas aux attentes de l'article L311-8 du CASF.	15	Aucune évolution n'a été apportée au projet d'établissement	L'écart est maintenu.

<u>Écart 3 :</u>	En ne mettant pas à jour et en n'affichant pas l'organigramme dans un lieu accessible à tous, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.	15	Un organigramme mis à jour a été transmis, faisant apparaître les noms et fonctions de chaque professionnel ainsi que leurs ETP. Il fait également apparaître les postes vacants. Néanmoins ce dernier n'est pas affiché de manière visible au sein de l'établissement. Par ailleurs, aucun organigramme fonctionnel et spécifiquement à l'attention des résidents et des familles n'est disponible.	L'écart est maintenu uniquement pour ce qui concerne l'affichage.
<u>Écart 4 :</u>	Par l'absence de soutien apporté à la directrice de l'établissement et l'absence d'adaptation des moyens de l'établissement permettant l'amélioration de la qualité du service rendu, le siège de l'APAJH 95 contrevient aux dispositions de l'article R314-88 du CASF.	16	Il a été constaté un manque de coordination et de réactivité entre le siège et l'établissement (MAS), entraînant : Retards dans la validation et la réalisation des travaux : plusieurs devis effectués par la direction de la MAS sont restés en attente au siège, générant des dysfonctionnements dans l'établissement. Insuffisance de soutien technique en situation critique : lors d'une coupure électrique, l'intervention des techniciens du siège a été inefficace en raison d'une méconnaissance des installations locales, ce qui a mis en danger la continuité de service et la sécurité des résidents. Décisions de réduction d'effectifs non cohérentes avec la réalité terrain : demande de suppression de 2 ETP alors que 9 postes étaient vacants et que l'administratrice provisoire disposait des pouvoirs de recrutement. Le siège n'a pas assuré un appui opérationnel suffisant tout en imposant des décisions impactant la gestion locale.	L'écart est maintenu.

<u>Écart 5 :</u>	En ne transmettant pas le DUD, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF.	18	Le DUD a été transmis à la mission. Ce dernier est peu lisible au regard des délégations entre le DG, le DAF, DRH... D'autre part, certaines délégations devraient relever de la compétence du siège : élaboration des PPI, mise en place de tableaux de bords et d'outils de gestion utiles au pilotage budgétaires. Enfin, il est précisé que les dépenses au-delà de 100 000€ doivent faire l'objet d'une demande d'engagement des dépenses soumise à la présidente de l'association. Cette demande devrait relever du DG.	L'écart est maintenu et modifié tel que: "l'absence de lisibilité de la DUD contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF".
<u>Écart 6 :</u>	En n'affichant pas de manière visible et accessible l'ensemble des documents obligatoires, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-15, R311-34, L311-4 et L226,8 du CASF.	20	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 7 :</u>	En ne vérifiant pas la signature des comptes rendus par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-16 du CASF et D311-20 du CASF.	20	Les comptes rendus des derniers CVS n'ont pas été réalisés.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 8 :</u>	En ne soumettant pas au CVS les plans d'actions mis en œuvre à la suite d'événements indésirables, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.	21	Les comptes rendus des derniers CVS n'ont pas été réalisés.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 9 :</u>	L'absence de suivi des actions du PACQ constitue un écart aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles	23	Le PACQ mis en place par l'administratrice provisoire résulte de l'arrêté de MSAP. Le PACQ connu au sein de l'établissement et présenté lors de la mission doit, soit être abrogé et remplacé par un nouveau, soit poursuivi et mis à jour.	L'écart est maintenu.

<u>Écart 10 :</u>	En ne concrétisant pas la mise en place d'une politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-38-3 et L311-3 du CASF.	24	De nombreuses actions ont été initiées (rafraichissement des locaux, liberté d'aller et venir des familles, travail sur les activités et les formations...) Néanmoins, ces dernières doivent être poursuivies dans le temps, amplifiées et formalisées (formations, nomination d'un référent bientraitance, mise en œuvre des PIA, respect des plannings d'activité, mise à jour et surveillance des mesures de contention, ouverture de l'accueil de jour, mise en place du salon des familles...).	L'écart est maintenu.
<u>Écart 11 :</u>	Aucune formation relative à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance ne figure sur les plans de formation 2024 et 2025.	25	Le plan de formation 2026 présente une formation bientraitance, une formation vie affective, une formation communication alternative améliorée et une formation trouble du comportement. Toutes ces formations participent à la bientraitance. Des formations flash ont été organisées en lien avec le service qualité, portant notamment sur les logiciels de suivi ([REDACTED] ainsi que sur Snoezelen et l'hygiène alimentaire. Ces formations rapides permettent des rappels efficaces sur différents aspects participant à la bientraitance. Si un effort a été réalisé, il reste à poursuivre et à être formalisé.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 12 :</u>	En l'absence de procédures de gestion des comportements problématiques, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mettant en danger les professionnels et les résidents ce qui ne permet pas de garantir leur sécurité, leur dignité et leur intégrité.	25	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 13 :</u>	En ne prévoyant pas dans la procédure la déclaration des cas de maltraitance auprès du magistrat concerné, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale et aux RBPP HAS.	26	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 14 :</u>	En ne déclarant pas les dysfonctionnements graves à l'ARS l'établissement contrevient aux dispositions des articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.	28	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.

<u>Écart 15 :</u>	En l'absence de temps suffisant de médecin généraliste et en l'absence de temps de psychiatre et de médecin en rééducation fonctionnelle, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 344-5-13 du CASF	29	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.
-------------------	---	----	------------------------------------	-----------------------

<u>Écart 16</u>	En ne transmettant pas l'ensemble des documents relatifs aux effectifs, l'établissement entrave le bon déroulement de la mission d'inspection tel que prévu par les articles L1421-1 et L1421-2 du CASF.	30	Les plannings d'août, septembre et octobre 2025 ont été transmis. 9,47 ETP sont vacants au sein de l'établissements: - IDE 1 ETP - AS/ AES: 8,3 ETP - Educateur coordonnateur: 1 ETP - Ergothérapeute: 0,5 ETP - Psychologue: 0,5 ETP - Psychoomotricien: 0,5 ETP - Médecin psychiatre: 0,06 ETP - Médecin de rééducation: 0,11 ETP - Kinésithérapeute: 1 ETP Le taux d'absentéisme était de 12,87% en août, de 10,12% en septembre et de 9,17% en octobre ce qui est inférieur à la moyenne régionale. Le turn over est relativement faible: 0,88% en octobre contre 2,54% en janvier, 3,45% en février et 3,33% en mars. Chaque unité dispose de 9 ETP. 1 ETP de coordinateur éducatif est prévu par unité mais 1 poste est vacant, 1 des coordonnateurs est en arrêt maladie depuis janvier 2025 et un est en formation Chaque unité dispose d'une maîtresse de maison et de 7 ETP d'AS/AMP. Néanmoins sur l'unité bleu 2 postes sont vacants, 3 sur l'unité jaune, 1 sur l'unité verte auquel s'ajoute un arrêt maladie depuis juin 2025, 1 sur l'unité lavante auquel s'ajoute un arrêt maladie depuis février 2025 et 2 sur l'unité saumon. Aussi, le taux d'encadrement reste fragile.	L'écart est transformé tel que: "En l'absence d'un taux d'encadrement suffisant, un accompagnement de qualité est rendu difficile ce qui contrevient aux articles L311-3 et D344-5-11 du CASF."
<u>Écart 17</u>	En ne disposant pas de convention avec les professionnels libéraux intervenant au sein de	30	Des conventions ont été signées avec les professionnels intervenant au sein de l'établissement.	L'écart est levé.

	l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions de l'article D344-5-14 1° du CASF				
<u>Écart 18:</u>	En l'absence de fiches de postes dans les dossiers administratifs des professionnels et en l'absence d'entretiens annuels, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L6315-1 du Code du travail	31		Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 19:</u>	En ne maintenant pas à jour la liste des résidents présents ni le registre des entrées et des sorties, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L331-2, R331-5 et L311-3 du CASF.	34		L'établissement ne dispose pas de registre des entrées et des sorties. Il existe néanmoins un calendrier numérique des absences et des congés des résidents mentionnant les hospitalisations, les congés, les retours en famille et les absences.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 20:</u>	En ne réalisant pas l'entretien des réparations nécessaire au bon fonctionnement et à la sécurité des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	36		D'importants travaux ont été réalisés au cours de l'administration provisoire afin de mettre en conformité l'établissement : - une salle d'accueil de jour est en cours de création (les peintures et les sols ont été réalisés); - Le mobilier abîmé a été remplacé; - l'Agora a été rénovée (sol et peintures) - l'ensemble du bâtiment est en meilleur état de propreté - les murs sont décorés avec des photos, de manière personnalisée	L'écart est levé.
<u>Écart 21:</u>	En ne disposant pas de convention DASRI, l'établissement contrevient à l'article 11 de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.	37		Une convention DASRI a été mise en place.	L'écart est levé.
<u>Écart 22:</u>	En ne réalisant pas de bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne dès son admission, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF.	40		Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.

<u>Écart 23 :</u>	En ne participant pas au groupes opérationnels de synthèse et en n'utilisant pas l'outil Via Trajectoire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'objectif 2 (2.1,2.2 et 2.3) du CPOM 2022-2026 signé par l'APAJH95.	40	L'administration provisoire étant assortie d'une suspension des admissions, cette mention n'a pas pu être vérifiée.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 24 :</u>	En ne remettant pas le livret d'accueil à l'utilisateur et/ou à son représentant légal, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.	41	L'administration provisoire étant assortie d'une suspension des admissions, cette mention n'a pas pu être vérifiée.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 25 :</u>	En l'absence de transmission des informations concernant les places disponibles et les décès au sein de l'établissement à la MDPH l'établissement ne peut répondre aux dispositions de l'article R146-36 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	42	L'administration provisoire étant assortie d'une suspension des admissions, cette mention n'a pas pu être vérifiée. Aucun décès n'a eu lieu pendant cette période.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 26 :</u>	L'absence de PIA ou de leur actualisation pour l'ensemble des résidents et l'absence systématisation des réunions de synthèse contreviennent aux dispositions des articles L311-3 et D344-5-11 du CASF.	43	L'ensemble des PIA ont été rédigés. Les PIA transmis à la mission ne sont pas signés. Aucun élément concernant les réunions de synthèse n'a été transmis.	L'écart est maintenu et modifié tel que: L'absence de signature des PIA par l'ensemble des parties, de l'absence de systématisation des réunions de synthèse contreviennent aux dispositions des articles L311-3 et D344-5-11 du CASF.
<u>Écart 27 :</u>	En n'affichant pas la liste départementale des personnes qualifiées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-5 du CASF	44	Aucune évolution n'a été apportée.	
<u>Écart 28 :</u>	En n'informant pas les familles de la possibilité de désigner une personne de confiance et en ne l'identifiant pas dans le dossier des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-4, L311-5-1 et D311-0-4 du CASF.	44	Un travail a été initié concernant la désignation d'une personne de confiance. Il est prévu de faire une communication aux familles. Néanmoins cela n'a pas encore été réalisé.	L'écart est maintenu.

<u>Écart 29 :</u>	En ne permettant pas aux familles de rendre visite librement à leurs proches dans leurs chambres, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 du CASF et L311-4 du CSP.	45	Les familles peuvent néanmoins désormais rendre visite à leurs proches, y compris dans les étages. Les familles appellent l'établissement avant de venir afin de savoir si leur proche est disponible puis peuvent se présenter sans restriction.	L'écart est levé.
<u>Écart 30 :</u>	En ne formalisant pas de procédure relative au respect de la vie affective et sexuelle des résidents l'établissement contrevient aux dispositions de la circulaire n°DGCS/SD3B/2021/147.	46	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 31 :</u>	En l'absence de convention, de projet thérapeutique de l'activité, de vérification du diplôme, de vérification du volet B3 du casier judiciaire de l'intervenant en [REDACTED] et en ne cadrant pas la recherche du [REDACTED] des résidents susceptibles d'être massés lors de cette intervention, l'établissement ne garantit pas la sécurité, l'intégrité et la dignité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	47	L'activité de musicothérapie a été remplacée par de l'art thérapie prodiguée par une autre professionnelle. Une fiche activité a été transmise détaillant les objectifs de l'activité et son organisation. Le diplôme de l'intervenante a été demandé mais à ce stade pas son casier. Une convention a été signée.	L'écart est partiellement maintenu tel que : "En l'absence de vérification du casier judiciaire des intervenants extérieur l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L133-6 du CASF".
<u>Écart 32</u>	En ne proposant pas d'activités variées et adaptées aux prescriptions médicales et en n'affichant pas les plannings d'activité individuels de chaque résident dans un format adapté à leur handicap, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D344-5-12 et R344-2 du CASF et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles.	48	Les plannings d'activités collectives sont affichés dans les espaces communs. Un panneau d'affichage installé dans l'agora détaille la semaine à l'aide de pictos. Cependant, ce panneau est placé trop haut pour être lisible facilement par une personne en fauteuil roulant. Les plannings individuels sont inscrits sur [REDACTED]. L'extraction transmise a permis de constater que ces derniers sont peu étoffés et que peu d'activités sont proposées aux résidents. D'autre part, ces plannings ne sont pas affichés dans les chambres des résidents dans un format adapté.	L'écart est maintenu. Une nouvelle remarque est ajoutée telle que : "Le panneau d'affichage des activités collectives situé dans l'agora est placé trop haut, ne permettant pas aux résidents en fauteuil de pouvoir aisément le lire".

<u>Écart 33</u>	En l'absence de traçabilité des actes d'hygiène corporelle en temps réel et en l'absence de constat de changes des résidents par la mission, notamment pour ceux en accueil de jour, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	49	Les tracabilités sont plus précises. Par exemple les soins de la matinée sont validés en milieu de matinée. Il persiste tout de même à un laps de temps significatif entre l'acte et la validation.	L'écart est maintenu
<u>Écart 34</u>	Les plans de douche et de changes ne sont pas conformes à la réalité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	49	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu
<u>Écart 35</u>	En ne garantissant pas systématiquement des changes adaptés aux résidents, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 et R344-2 du CASF.	50	Il a été constaté dans la réserve des protections une diversité des tailles disponibles. Les affiches "planification des changes et taille des protections" sont toujours dans les chambres	L'écart est levé.
<u>Écart 36</u>	En procédant au change des résidents de l'accueil de jour sur un lit situé au sein du lieu de vie de l'unité sans pouvoir garantir l'intimité et la dignité des personnes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 et D344-5-3 du CASF.	51	Les lits situés dans les unités pour les ADJ ont été enlevés. Les changes sont réalisés dans les salles de bain avec le chariot Un lit est disponible dans une chambre libre pour une résidente en ADJ sur une seule unité. Il est prévu dans le nouvel espace d'accueil de jour, un espace dédié coupé par des claustras amovibles. Néanmoins, la mission n'a pas pu le constater, l'ADJ étant toujours en cours d'aménagement.	L'écart est maintenu.
<u>Écart 37</u>	L'absence de procédure d'hygiène concernant le circuit du linge, le débordement des chariots à linge sales sans sacs hermétiques, l'utilisation des gants souillés pour ouvrir les portes de l'établissement, l'insuffisance de draps propres présentent des risques de contamination et d'épidémie, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.	54	Lieu de stockage des chariots à linge sale encombré par du matériel en attente d'une benne. Renouvellement complet de la dotation des draps et serviettes. Stockage des nouvelles dotations dans des réserves propres.	L'écart est transformé en remarque tel que : "Les encombrants sont stockés dans le local à linge sale".

<u>Écart 38</u>	en ne réajustant pas les menus en fonction de l'état clinique des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D230-29 du code rural et de la pêche maritime	64	Les menus sont plus équilibrés avec le nouveau prestataire. Mais toujours pas de possibilité de faire à l'assiette en fonction de l'état clinique d'un résident.	L'écart est maintenu
<u>Écart 39</u>	L'absence de procédure d'hygiène des mains et l'absence de lavage des mains des résidents avant les repas ne garantissent pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.	65	La cadre du service a informé la mission de mise à disposition de gants jetables aux maitresses de maisons pour la distribution des repas. Ainsi que la mise en place d'un rituels " lavage des mains" avant les repas. En revanche aucune procédure écrite n'a été présenté et aucune affiche concernant le lavage des mains est visibles dans les unités et dans la salle à manger.	L'écart est maintenu
<u>Écart 40 :</u>	En présence d'une période de jeun supérieure à 12h sur la période nocturne, corrélé à des hypoglycémies, l'établissement contrevient aux dispositions des recommandations du GEM-RDN-2015, à l'article L311-3 et R344-2 du CASF.	65	Des collations sont mises en place à 16h30 et 21h pour réduire la période jeun.	L'écart est levé
<u>Écart 41 :</u>	En l'absence du respect des règles d'hygiène dans les locaux de restauration et les espaces de repas dans les unités présentant un risque pour la santé des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF	67	Formation flash " hygiène alimentaire adaptée à l'activité de la MAS" le 23 septembre 25. 22 professionnels ont été formés. A la suite de l'arrêté de fermeture de la DDPP, des travaux ont été réalisés en cuisine, permettant sa réouverture. D'autre part, le réfectoire a été repeint et est globalement bien entretenu.	L'écart est levé.
<u>Écart 42 :</u>	En ne respectant par les directives concernant le suivi des poids des résidents et en ne mettant pas en place des mesures correctives, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	69	Le suivi des poids est réalisé tous les 3 mois et en cas de perte de poids une réévaluation est effectuée à 1 mois.	L'écart est levé
<u>Écart 43 :</u>	En ne mettant pas en œuvre de protocole d'hydratation et les recommandations en situation de canicule, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	69	Hydratation ajoutée toutes les 2h aux plans d'activité quotidien des résidents sur [REDACTED] Néanmoins, la mission n'a pas pu constater que cela est bien réalisé.	L'écart est maintenu
<u>Écart 44 :</u>	En l'absence de continuité de présence médicale, de suivi médical systématique, de réalisation d'examens cliniques avant mise en place ou renouvellement des	72	L'IPA prend le relai pour le renouvellement des prescriptions médicales.	L'écart est levé

	ordonnances et de coordination des soins, la qualité des soins n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-3 7° du CASF.				
<u>Écart 45 :</u>	En l'absence de réunions pluridisciplinaire associant l'ensemble des professionnels (médecin, paramédical, psychologue, rééducation) la cohérence, la continuité des soins et l'encadrement des professionnels ne sont pas garantis ce qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-12 du CASF.	73	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu	
<u>Écart 46 :</u>	L'étude des transmissions a révélé que certains médicaments sont distribués sans prescription médicale ce qui constitue un risque pour les résidents et contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du code de la santé publique	77	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu	
<u>Écart 47 :</u>	En l'absence de bilan médical annuel complet pour chaque résident et en l'absence de mise à jour systématique des dossiers médicaux des résidents l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF.	79	Il a été prescrit un bilan annuel sanguin à tous les résidents, qui sera prélevé par les IDE du laboratoire. Problématique sur les horaires de prélèvements. En cours de résolution. Une consultation médicale sera réalisée avec les résultats. Constantes de "dépistage" faites à tous les résidents.	L'écart est maintenu	
<u>Écart 48 :</u>	Le fait de laisser les portes de l'infirmierie, du placard à pharmacie et des chariots à médicaments ouvertes constitue un risque pour la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	82	Lors de la visite la porte de l'infirmierie était systématiquement fermée. Le chariot de soins et armoire pharmacie étaient fermés par code.	L'écart est levé.	
<u>Écart 49 :</u>	Il n'existe pas de fiche de traçabilité de de bionettoyage du poste de soins.	82	Lors de la visite, la cadre de service a présenté à la mission un classeur regroupant l'ensemble des traçabilités du poste de soins.	L'écart est levé.	
<u>Écart 50 :</u>	Il n'existe pas de traçabilité des péremptions, pas de traçabilité pour le stock hors PDA et il a été constaté plusieurs médicaments, dont des médicaments d'urgence périmés	83	Lors de la visite, la cadre de service a présenté à la mission un classeur regroupant l'ensemble des traçabilités du poste de soins.	L'écart est levé.	
<u>Écart 51 :</u>	Le bassin de balnéothérapie n'a pas fait l'objet d'une déclaration aussi l'établissement contrevient à l'article L.1332-1 du CSP.	86	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu	

<u>Écart 52 :</u>	En l'absence de carnet de traçabilité de l'entretien et du traitement de l'eau de la balnéothérapie l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D1332-10 du CSP.	86	Aucune évolution n'a été apportée.	L'écart est maintenu
<u>Écart 53 :</u>	En l'absence de protocole douleur et d'évaluation de la douleur l'établissement contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 du CSP et D344-5-3 du CASF.	97	Un protocole douleur a été rédigé et validé. Il a été nommé un référent douleur. Néanmoins celui-ci n'a reçu aucune formation complémentaire spécifique à cette fonction.	L'écart est levé et remplacé par une remarque telle que : "le référent douleur n'a pas eu de formation approfondie spécifique à la douleur".
<u>Écart 54 :</u>	En ne réalisant pas la surveillance de la contention en chambre toutes les heures l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	98	Lors de la visite de contrôle, il a été relevé sur un échantillon de dossiers qu'aucune surveillance de contention n'avait été tracée.	L'écart est maintenu
<u>Écart 55 :</u>	En laissant le renouvellement des ordonnances de contention à la charge de l'IPA l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R4301-3 du CSP.	98	Lors de la visite, les dernières ordonnances de contentions ont été rédigées par l'IPA. De surcroît, elles ne sont plus valides depuis le 30 octobre 2025.	L'écart est maintenu
<u>Écart 56 :</u>	L'absence de dossier contenant une fiche exposant les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par le résident, une fiche présentant les informations médicales relatives à la personne, une fiche de liaison paramédicale et une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propre au résident lors de consultations extérieures contrevient aux dispositions de l'article D344-5-8 du CASF.	99	Une convention avec le CHU de GONESSE en cours de rédaction. De même que la mise en place d'un classeur avec les DLU imprimés en cas de panne informatique.	L'écart est maintenu
<u>Écart 57 :</u>	En n'assurant pas la traçabilité du suivi des péremptions et en ne garantissant pas la validité des dates des médicaments, notamment d'urgence, la santé et la sécurité des résidents ne sont pas assurées ce qui contrevient aux articles L311-3 du CASF.	99	Lors de la visite, la cadre de service a présenté à la mission un classeur regroupant l'ensemble des traçabilités du poste de soins. Le contrôle n'a révélé aucun médicament périmé.	L'écart est levé

<u>Écart 58 :</u>	En présence d'autres objets que des stupéfiants dans le coffre à stupéfiants et en stockant des psychotropes avec l'ensemble des traitements hors PDA, l'établissement contrevient aux dispositions des articles 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 et R5132-26 du CASF.	101	Lors de la visite, la mission a constaté que l'armoire à pharmacie a été entièrement retravaillée : fermeture par code, nouveau coffre à stupéfiant à code, casier avec nom et photo de chaque résident comportant les traitements hors PDA individuels.	L'écart est levé
<u>Écart 59</u>	En ne conservant pas les produits thermosensibles dans un lieu adapté et en n'assurant pas que les réfrigérateurs dans lesquels ils sont stockés sont en bon état de fonctionnement et entretenus, l'établissement contrevient aux dispositions des recommandations de l'OMEDIT, de l'article R5126-109 du CSP et de l'article L311-3 du CASF.	103	Lors de la visite, la mission a constaté l'installation d'un nouveau réfrigérateur, avec une traçabilité effective.	L'écart est levé
<u>Écart 60 :</u>	En n'ouvrant qu'un seul flacon pour un traitement hors PDA pour l'ensemble des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé.	105	La quasi-totalité des traitements hors PDA ont été attribués de manière individuels hormis un flacon de Lansoyl daté et ouvert pour l'ensemble des résidents présent sur le chariot de soins.	L'écart est maintenu
<u>Écart 61 :</u>	En administrant une hydratation en poche au-delà des délais d'utilisation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	106	La mission a été informée qu'un rappel par note de service a été diffusé à l'ensemble des IDE le 1er août 2025, sur l'utilisation des poches d'hydratation tous les 4 jours conformément à la notice du fournisseur des poches. La dotation a été augmentée en conséquence.	L'écart est levé
<u>Écart 62</u>	En n'inscrivant pas la date d'ouverture des produits et dispositifs médicaux et en n'identifiant pas les résidents auxquels ils appartiennent l'établissement contrevient aux articles R4311-4 du CSP et L311-3 du CASF	110	Lors de la visite de contrôle, la mission a relevé que chaque produit ouvert comportait une date d'ouverture.	L'écart est levé

<u>Écart 63 :</u>	En l'absence de procédure de délégation des médicaments alors que des AS/AMP peuvent être amenés à en distribuer, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-4 et R 4312-36 du CSP.	110	Un Protocole de délégation des IDE aux AD AMP AES a été rédigé et signé. Néanmoins, la liste nominative des soignants devant être annexée à ce protocole n'existe pas.	L'écart est reformulé tel que : "En l'absence de la liste nominative des soignants devant être annexée à la procédure de délégation des médicaments l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-4 et R 4312-36 du CSP."
<u>Écart 64 :</u>	En l'absence de protocole de broyage des médicaments et en les broyant ensemble dans un même sachet, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de l'OMEDIT	111	La cadre de service a informé la mission qu'un rappel du protocole OMEDIT a été fait aux équipes. La MAS a fait l'acquisition d'une nouvelle machine broyeuse. En revanche les IDE signalent à la mission broyer par résident l'ensemble des médicaments du sachet préparé par la pharmacie.	L'écart est maintenu
<u>Remarque 1 :</u>	La mission n'a pas pu constater de l'existence de la fiche de poste et du contrat de la directrice.	17		Remarque maintenue
<u>Remarque 2 :</u>	Les enquêtes de satisfaction devraient également être destinées aux résidents et devraient faire l'objet d'une analyse par la direction et les équipes.	21		Remarque maintenue
<u>Remarque 3 :</u>	Les référents devraient être identifiés et être des agents de proximité pour un bon relai de l'information.	22		Remarque maintenue
<u>Remarque 4 :</u>	Aucune salle de calme-retrait n'est présente au sein de l'établissement.	26		Remarque maintenue
<u>Remarque 5 :</u>	Les professionnels ne connaissent pas les classifications des EI et EIG ne leur permettant pas de déclarer sur la plateforme dédiée.	28		Remarque maintenue

<u>Remarque 6 :</u>	Le marquage du carton au nom du producteur ne permet pas de l'identifier précisément (il manque la commune) et l'entreposage en infirmerie ne devrait pas dépasser 1 mois	37	Un local DASRI a été créé.	Remarque levée
<u>Remarque 7 :</u>	Les usagers ne disposent pas tous d'un médecin traitant identifié par la structure.	41	Le médecin employé par la MAS est à la fois le coordonnateur et le médecin traitant de l'ensemble des résidents sauf 1 qui a son médecin traitant.	Remarque maintenue
<u>Remarque 8 :</u>	Un lieu intimiste dédié à l'accueil des familles devrait être mis en place au sein de l'établissement.	45	Une salle des familles est en cours d'aménagement.	Remarque maintenue dans l'attente de l'aménagement effectif.
<u>Remarque 9 :</u>	Les sorties extérieures sont peu nombreuses et dépendent de la volonté des professionnels de chaque unité.	46		Remarque maintenue
<u>Remarque 10 :</u>	Aucun référent n'est nommé dans la MAS. Les professionnels ont été formés sur le nombre de cuillère à mettre dans les assiettes par la diététicienne.	64		Remarque maintenue
<u>Remarque 11 :</u>	La surveillance bucco-dentaire n'est pas réalisée systématiquement pour l'ensemble des résidents ce qui peut entraîner ou aggraver la dénutrition.	69	Une référente bucco-dentaire a été nommée.	Remarque maintenue dans l'attente d'une formation pour la référente, et des actions mises en place.
<u>Remarque 12 :</u>	Les dates d'ouvertures ne sont pas inscrites sur les produits d'hygiène (solution hydro alcoolique)	82	Lors de l'inspection de contrôle, l'ensemble des produits d'hygiène comportaient une date d'ouverture.	Remarque maintenue
<u>Remarque 13 :</u>	Les bouteilles d'O2 devraient être attachées pour éviter les accidents	85	Lors de l'inspection de contrôle, la mission a constaté la présence de 3 bouteilles d'O2 situées sous la paillasse du poste de soins, non attachées.	Remarque maintenue
<u>Remarque 14 :</u>	Absence des photographies des résidents sur le chariot de soins	85	Lors de l'inspection de contrôle, il a été constaté la présence d'un nouveau chariot de soins. Chaque compartiment comporte les informations nominatives	Remarque levée

				des résidents (nom, prénom, date de naissance et numéro de sécurité sociale). En raison de la surface limitée des étiquettes, les photos des résidents ne sont pas affichées. Toutefois, le chariot est équipé d'une tablette donnant accès au logiciel de soins, où les photographies des résidents sont disponibles	
<u>Remarque 15</u> :	Les protocoles de soin de sont pas suffisamment précis.	96	Non analysé	Remarque maintenue	
<u>Remarque 16</u> :	Les ordonnances sont transmises de la messagerie Outlook de la MAS à l'officine sur leur adresse GMAIL non sécurisée. La pharmacie devrait communiquer par messagerie sécurisée seulement en fin d'année 2025.	99	La pharmacie est désormais raccordée à la messagerie sécurisée MS Santé, accessible directement pour la MAS via Netvie.	Remarque levée	

