



## Annexe 4 Tableau RH renseigné


Effectif théorique : nombre de personnes présentes		Unité 1 OSLO	Unité 2 BALI	Unité 3 RIO	Unité 4 TOKYO
Jour	IDE	■ IDE dont ■ IDE titulaire présente de 7h30 à 19h30 et ■ présente de 11h30 à 17h30			
	AS, AES (AMP, AVS)	■	■	■	■
	ASi (Agent de service intérieur)	■ ASi			
Nuit	IDE	■ IDE de nuit présente de 20h à 8h			
	AS, AES (AMP, AVS)	■ professionnels surveillants de nuit présent de 20h45 à 7h30			
	ASi (Agent de service intérieur)	■			



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

[Redacted text block]



<b>Conventions</b>		
58	Conventions et/ou contrats de partenariats avec des sociétés de transport	Oui
59	Convention avec un établissement de santé pour la prise en charge urgente	Oui
60	Conventions avec autres établissements médico-sociaux	Oui
61	Autres conventions	Oui
62	Dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles avec analyse du résultat	Oui
63	Procédure d'organisation de sorties extérieures (journée et plusieurs jours)	Oui
64	Le plan d'action d'éducation à la santé notamment sur les sujets de la vie affective et sexuelle des personnes accueillies, les MST, les addictions.	
<b>4.SOINS</b>		
65	Convention établie entre l'établissement et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	Oui
66	Convention avec le prestataire pour l'enlèvement et le traitement des DASRI	Oui
67	Livret thérapeutique ou liste préférentielle de médicaments	Oui
68	Liste des protocoles de soins	Oui
69	<u>Copie de certains protocoles ou procédures</u> : douleur, crise d'épilepsie, contentions, escarre, gestion des urgences médicales, circuit du médicament, délégation de la distribution des médicaments aux aides-soignants (jour et nuit), broyage des médicaments, gestion du linge, procédure de prise en charge en soins la nuit et soins palliatifs.	Oui
70	Rapport d'activité médical annuel (RAMA)	Non
71	Liste des professionnels référents et leurs thématiques	Oui
72	Copie des diplômes de l'équipe de nuit	Oui



2.FONCTIONS SUPPORTS		
<b>Effectifs</b>		
32	Etat des ETP budgétés en poste <u>au jour de la visite</u> par emploi, qualification, type de contrat (CDI - CDD) : <ul style="list-style-type: none"> <li>'- équipe soignante</li> <li>'- équipe médicale et paramédicale</li> <li>'- équipe éducative et pédagogique</li> </ul>	Oui
33	La liste de tous les postes vacants ce jour et à venir déjà connus (fonction et ETP)	Oui
34	Nombre de CDD 2024 et 2025	Oui
35	Liste des intérimaires intervenus en 2024 et 2025	Oui
<b>Coordination des équipes</b>		
36	Planning mensuel de tous les personnels jour M-1 (mai), M (Juin), M+1 (Juillet) et légende des codes utilisés	Oui
37	Procédure de remplacement des absences programmées et inopinées	Non
38	Fiche de poste heures de chaque catégorie de professionnel de jour et de nuit (administratifs, services généraux, moniteur éducateur, éducateur spécialisé, animateur, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, AS, IDE, AES, médecin ...)	Fiche de poste non heures
39	Liste des professionnels paramédicaux libéraux intervenants dans l'établissement	Oui
40	Conventions des professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement	Oui
41	Liste des formations + feuilles d'émargement des formations réalisés par IDEC et MedCO	Non
42	Plan de formation 2024 et 2025 (dont formations continues, diplômantes, VAE)	Oui
43	Politique de QVT et nom du référent TMS-RPS de l'établissement	Oui
44	Procédure d'accueil des nouveaux professionnels	Oui
<b>3. ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE</b>		
45	Liste anonymisée des résidents pris en charge au jour de la visite	Oui
46	Procédure d'admission	Non
47	Procédure de sortie, réorientation et accompagnement après la sortie	Non
48	Modèle type du DIPC	Oui
49	Livret d'accueil	Oui
50	Liste nominative des médecins traitants et des usagers associés et le nombre d'usagers n'ayant pas de médecin traitant	Oui
<b>Projets personnalisés d'accompagnement (PPA)</b>		
51	Procédure d'élaboration du PAI (pédagogique, éducatif et thérapeutique)	Oui
52	Planning d'actualisation des projets individuels des usagers (Calendrier de création et de mise à jour pour les présents et date de présentation des PPA aux représentants légaux) 2024 et 2025	Oui
53	Modèle type PPA	Oui
54	4 PPA anonymisés	Oui
55	Plannings collectifs des animations / activités 2024 et 2025	Oui
56	Conventions avec les partenaires culturels et sportifs	Oui
57	Procédure relative à la salle de calme-retrait et d'apaisement	Pas de salle mais procédure d'isolement



## Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

1. GOUVERNANCE		
	Management et stratégie	Remis
1	Le règlement de fonctionnement de l'établissement (accueil de jour et internat)	Oui
2	Le projet d'établissement	Oui
3	Le Plan bleu	Oui
4	Organigramme nominatif à jour de l'établissement	Oui
5	Contrat de travail du directeur	Oui
6	Fiche de poste ou de mission du directeur	Oui
7	Qualification et diplômes du directeur	Oui
8	Modalités d'organisation de la permanence de la fonction de direction en cas d'absence du directeur (procédures, calendrier/tableau des astreintes de direction sur l'année 2025 (Astreinte jour et nuit)	Oui
9	Le document unique de délégation du directeur	Oui
10	Documents de subdélégation du directeur aux cadres/salariés	Oui
11	Calendriers et CR CODIR / COMEX / COPIL / réunions d'encadrement / réunions de service 2024- 2025	Oui
12	Fiches de postes des personnels encadrant l'équipe soignante et éducative	Oui
<b>Pour chaque chef de service éducatif, pédagogique et social, paramédical</b>		
13	Contrat de travail	Oui
14	Fiche de poste ou feuille de route	Oui
15	Diplômes	Oui
<b>Pour chaque professionnel recruté en auto-entrepreneurs (2024 et 2025)</b>		
16	Liste des salariés sous statuts d'indépendants en 2024 et 2025	Oui
17	Contrats de travail établis entre chaque salarié sous statuts indépendants et l'établissement	Non
<b>Conseil de la vie sociale</b>		
18	Règlement intérieur du CVS	Oui
19	Composition du CVS	Non
20	Procès-verbaux ou comptes-rendus 2024 - 2025 du CVS	Oui
<b>Qualité</b>		
21	Fiche de mission du référent Qualité, incluant son nom et les modalités de nomination/ désignation	Oui
22	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Oui
23	Tableau de suivi de la mise en œuvre du PACQ	Oui
24	Charte de bientraitance spécifique à l'établissement	Oui
25	Liste des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance 2024 et 2025	Oui
26	Support, documents et procédures relatif à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance	Oui
27	Procédure de signalement en cas d'agression	Non
28	Procédure de gestion des comportements problèmes	Non
29	Procédure interne de signalement des événements indésirables	Non
30	Procédures de recueil des doléances/ réclamations des résidents et de leurs proches avec leurs traitements en 2024 et 2025	Oui
31	Procédure de déclaration des EIG, maltraitance auprès des autorités compétentes	Non car fiche ARS



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

Je vous prie d'agréer, Mesdames, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur de la Délégation départementale  
de l'Essonne de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France

Signature électronique de Richard  
Richard FAHAS, Délégation  
départementale de l'Essonne  
Le 21/05/2025 à 10:50

3/3



- Fonctions support
  - o Gestion des RH
  - o Gestion d'information
  - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
  - o Sécurité
  
- Prises en charge et prévention de la lutte contre les maltraitances
  - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
  - o Projet individualisé d'accompagnement
  - o Respect des droits des personnes
  - o Vie sociale et relationnel.
  - o Vie quotidienne et hébergement
  - o Soins
  - o La prise en charge médicamenteuse des résidents
  
- Relations avec l'extérieur
  - o L'environnement
  - o Coordination avec les autres secteurs

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP) sera assurée par :

- Madame Aline RENET-BOUSSAC, inspectrice ICARS au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, délégation départementale de l'Essonne, coordinatrice de la mission d'inspection

Qui sera accompagnée de

- Madame Gamze SAHIN, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Et de :

- o Madame Daniella DA VEIGA, infirmière, désignée personne qualifiée<sup>1</sup>
- o Madame Florianne LAUNAY, chargée de mission, désignée personne qualifiée<sup>1</sup>

L'inspection sera réalisée à partir du mardi 17 juin 2025 selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.
- Présence sur place à partir de 9h00 (cf. article L.1421-2 du CSP).
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)<sup>1</sup> s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

À l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un délai de trois 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.

<sup>1</sup> 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 ».



## 8. Annexes

### Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de l'Essonne  
Direction de l'autonomie

Madame Aline RENET-BOUSSAC  
Coordinatrice et inspectrice ICARS désignée au titre  
de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique

Madame Gamze SAHIN  
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Madame Daniella DA VEIGA,  
Personne qualifiée désignée par l'ARS

Madame Florianne LAUNAY  
Personne qualifiée désignée par l'ARS

Affaire suivie par Aline RENET-BOUSSAC  
Courriel : [aline.boussac@ars.sante.fr](mailto:aline.boussac@ars.sante.fr)

Evry-Courcouronnes, le

Objet : Lettre de mission d'inspection – MAS LES MOLIÈRES

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 311-3 CASF).

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) les Molières située au 71 bis rue de Camay dans la commune Les Molières (910002732) 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 :

- 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



**ESMS** : Etablissement et service médico-social  
**ETP** : Equivalent temps plein  
**FFAS** : Faisant fonction aide-soignant  
**GAP** : Groupe d'analyse de pratique  
**GEM-RCN** : Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et de Nutrition  
**HAS** : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)  
**ICARS** : Inspecteur Contrôleur désigné par le DG ARS  
**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat  
**IFSI** : Institut de formation en soins infirmiers  
**IMC** : Indice de masse corporelle  
**IME** : Institut médico-éducatif  
**MAS** : Maison d'accueil spécialisée  
**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées  
**MOSS** : Management des organisations sanitaires et sociales  
**O2** : Obus d'oxygène  
**OMEDIT IDT** : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique de l'Ile-de-France  
**PACQ** : Plan d'amélioration continu de la qualité  
**PDA** : Préparation de dose à administrer  
**PE** : Projet d'établissement  
**PEC** : Prise en charge  
**PHV** : Personne en situation de handicap vieillissant  
**PMR** : Personne à mobilité réduite  
**PPA** : Projet personnalisé d'accompagnement  
**PRAP 2S** : Prévention des risques liés à l'activité physique Secteur sanitaire et médico-social  
**PV** : Procès-verbal  
**RAA** : Rapport d'activité annuel  
**RH** : Ressources humaines  
**RUP** : Registre unique du personnel  
**SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
**SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile  
**TMS** : Troubles musculosquelettiques  
**TSA** : Trouble du Spectre de l'autisme  
**VAE** : Validation des Acquis de l'Expérience



## 7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

**AES** : Accompagnant éducatif et social  
**AFGSU SSE** : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence situation sanitaire exceptionnelle  
**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique  
**ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux  
**ARS** : Agence régionale de Santé  
**AS** : Aide-soignant  
**ASI** : Agent de Service Intérieur  
**BAVU** : ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle  
**CAFERUIS** : Certificat d'Aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale.  
**CAFS** : Centre d'accueil familial spécialisé  
**CASF** : Code de l'action sociale et des familles  
**CDD** : Contrat à durée déterminée  
**CDI** : Contrat à durée indéterminée  
**CNIL** : Commission nationale Informatique et Libertés  
**CNO** : Complément nutritionnel oral  
**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
**CODIR** : Comité de direction  
**COMEX** : Comité exécutif  
**COFIL** : Comité de pilotage  
**Consigne AES** : Consigne accident exposant au sang  
**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
**CR** : Compte-rendu  
**CREX** : Comité de Retour d'expérience  
**CRPA** : Code des relations entre le public et l'administration  
**CSP** : Code de la santé publique  
**CVS** : Conseil de la vie sociale  
**DAE** : Défibrillateur automatisé externe  
**DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux  
**DECT** : Digital Enhanced Cordless Telecommunications (télécommunications numériques améliorées sans fil)  
**DIPC** : Document individuel de prise en charge  
**DU** : Diplôme universitaire  
**DUD** : Document unique de délégation  
**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels  
**ECG** : Electrocardiogramme  
**EEP** : Etablissement pour enfant polyhandicapé  
**EI/EIG** : Evènement indésirable/évènement indésirable grave  
**EPA** : Entretien professionnel annuel



4.2 Coordination avec les acteurs de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination médicale assurée par les acteurs de soins environnants et spécialisés pour l'accompagnements des résidents.</li> <li>- Recours à de nombreux professionnels libéraux formalisés via des conventions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de conventions non datées et signées par les 2 parties.</li> </ul>
--	---	--

Le fonctionnement et l'organisation de l'établissement présentent des axes d'amélioration multiples afin de parfaire la prise en charge des résidents. Néanmoins, la mission a rencontré une équipe pluridisciplinaire motivée et investit auprès des résidents.

Evry-Courcouronnes, le **23 SEP. 2025**

Aline RENET-BOUSSAC

Inspectrice ICARS désignée au titre de l'article  
L.1435-7 du Code de la santé publique, ARS  
Ile-de-France,

Coordinatrice de la mission



Gamze SAHIN

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale au  
sein de l'ARS Ile de France





3.5 Vie quotidienne et hébergement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'activités individuelles et collectives basés sur les besoins et les PPA des résidents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-respect de la confidentialité des informations personnelles (et notamment médicales) en raison de l'affichage de ces informations visibles par tous (classeurs des pesées dans le salon des unités, affichages des protocoles individualisés des résidents dans les salles de bain collectives...).</li> </ul>
3.6 Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repas variés et diversifiés tenant compte des besoins des résidents (plusieurs textures en place).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'aliments périmés, d'aliments non emballés dans les réfrigérateurs (frites, repas du personnel) et présence de certains médicaments non rangés dans les cuisines thérapeutiques de certaines unités de vie.</li> <li>- Présence de personnels non qualifiés assurant l'aide aux repas, l'absence de plan de table, l'absence de tenue adapté et non-respect des postures des professionnels vis-à-vis des résidents lors des temps de restauration.</li> <li>- Absence de formation des équipes sur les troubles de la déglutition</li> </ul>
3.7 La dispensation des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination médicale et soignante effective avec la présence d'une cheffe de service paramédicale en charge de la coordination des soins en lien avec un des médecins traitants et les IDE.</li> <li>- Continuité des soins de l'équipe soignante avec temps de chevauchement, transmissions effectives (orales et écrites).</li> <li>- Présence de professionnels de rééducation (ergothérapeute, psychomotricien, kinés) permettant une prise en charge rééducative optimale pour les résidents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence procédure formalisée et de matériels adaptés permettant d'assurer une intervention rapide et efficace en cas d'urgence (pas de chariot ou sac d'urgence, aspirateur à mucosités non fonctionnel, bouteilles O2 non sécurisés, BAVU périmés).</li> <li>- Absence de certaines procédures ou protocoles formalisées (prévention des escarres, dépistage et lutte contre la douleur, sur les soins palliatifs).</li> </ul>
3.8 Champ thérapeutique : Le circuit du médicament		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de procédures formalisée sur le circuit du médicament</li> <li>- Circuit du médicament à sécuriser (accès non sécurisé, administration, présence de périmés, non traçabilité des températures, suivi des toxiques...).</li> </ul>
<b>4. Relations avec l'extérieur</b>		
4.1 Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration de la MAS dans son environnement via la mise en place d'animations et d'échanges avec les acteurs locaux (mairie, associations, ESMS...).</li> </ul>	



2.2 Gestion d'information		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de registre des entrées et sorties des résidents signé par la mairie.</li> <li>- L'incomplétude des dossiers papiers des résidents</li> </ul>
2.3 Bâtiments et espaces extérieurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des locaux spacieux et entretenus (suivi des réparations assurées par des agents de maintenance).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de matériel dangereux au niveau des espaces extérieurs, accessibles pour les résidents.</li> </ul>
2.4 Locaux et équipements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibilité des locaux PMR.</li> <li>- Présence de plusieurs salles d'activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence du respect de l'intimité des résidents lié à la configuration de certaines chambres.</li> <li>- Absence de systèmes d'appel malade effectif pour l'ensemble des résidents.</li> </ul>
2.5 Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'équipements pour la sécurité des résidents (entrée sécurisée avec digicode, système pour la prévention des chutes...).</li> </ul>	
<b>3. Prises en charge</b>		
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure d'admission à étayer (procédure distincte du projet d'établissement, mise en place d'une commission d'admission, définition des critères d'admission et refus...).</li> <li>- Absence de formalisation de la recherche du consentement du résident dans le contrat de séjour (pas de mention signature du résident dans le DIPIC).</li> </ul>
3.2 Les projets personnalisés d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des résidents, des familles et des professionnels dans l'élaboration des PPA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de révision annuelle des PPA constatés dans les documents remis.</li> </ul>
3.3 Respect des droits des personnes		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste départementale de désignation des personnes qualifiées n'est pas mise à disposition des résidents et des familles.</li> <li>- L'absence de désignation de la personne de confiance dès l'admission.</li> </ul>
3.4 Vie sociale et relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des familles qui peuvent solliciter les équipes via la tenue d'un cahier de liaison, de temps de réunions de spécifiques avec les familles, de temps festifs...</li> <li>- Sensibilisation sur la vie affective des résidents via l'intervention [REDACTED]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais il n'existe pas de procédure formalisée relative à l'intimité des résidents et sur le respect de la vie affective.</li> </ul>



## 6. Conclusion

L'inspection de la MAS les Tout Petits, géré par l'association LES TOUT PETITS, a été réalisé le 17 juin 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi que des dysfonctionnements majeurs notamment dans les domaines suivants :

Thèmes et sous-Thèmes IGAS	Points fort	Points à améliorer
<b>1. Gouvernance</b>		
1.1 Management et stratégie :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils de loi 2002-2 mis en place.</li> <li>- Relations entre le gestionnaire et le directeur satisfaisantes.</li> <li>- Existence d'une astreinte administrative et les modalités de permanence en cas d'absence de direction bien définie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à jour certains outils (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, plan bleu...).</li> <li>- Absence de formalisme concernant les documents relatifs à la gouvernance (DUD non nominatif et signé, absence de subdélégations signée et effective, absence de fiche de poste signées...).</li> <li>- Certains affichages règlementaires ne sont pas effectifs.</li> </ul>
1.2 Animation et fonctionnement des instances	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'un CVS opérationnel.</li> </ul>	
1.3 Gestion de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une démarche qualité avec suivi effectif.</li> <li>- Politique de promotion de la bientraitance effective.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politique de promotion de la bientraitance à étayer en termes de procédure, de sensibilisation, de formation.</li> </ul>
1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une culture des EI (déclaration, formations, suivi...)</li> </ul>	
<b>2. Management et stratégie</b>		
2.1 Gestion des RH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investissement et professionnalisme de la direction et des équipes qui sont attentives aux besoins et attentes du public accueilli.</li> <li>- Politique de formation auprès des professionnels pour favoriser leurs montées en compétence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de nombreux postes vacants.</li> <li>- Absence de concordance entre les qualifications et les fonctions occupés de certains salariés.</li> <li>- La planification des temps de travail des professionnels en raison notamment de la multitude d'horaires de travail pour chaque type de professionnels.</li> <li>- La tenue des dossiers des salariés avec l'absence de fiche de postes signés, la conservation des B3 ne respectant les recommandations de la CNIL.</li> <li>- Les glissements de tâches constatés et notamment sur la distribution des médicaments.</li> </ul>



<u>Remarque 18 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure d'admission formalisée distincte du projet d'établissement définissant aussi les critères d'admission et de refus, l'établissement ne respecte pas les recommandations de l'ARS Ile-de-France en termes d'harmonisation des admissions en ESMS.	43
<u>Remarque 19 :</u>	En ne disposant pas de commission d'admission, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS concernant les pratiques de coordination du parcours de la personne en situation de handicap.	43
<u>Remarque 20 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure formalisée relative au respect de la vie affective des usagers, l'établissement ne respecte pas la circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147.	48
<u>Remarque 21 :</u>	En n'organisant pas les commissions menus 1 fois par trimestre, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la CNSA et du Guide HAS - « Nutrition des personnes en ESMS » (2015)	51
<u>Remarque 22 :</u>	En ne garantissant pas un plan de table et la présence de professionnels qualifiés réalisant une aide au repas debout et avec une tenue adaptée, l'établissement ne respecte pas les recommandations du GEM-RCN-2015 et les règles d'identitévigilance.	52
<u>Remarque 23 :</u>	En ne réalisant pas d'enquête de satisfaction sur l'alimentation, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	53
<u>Remarque 24 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure relative à la prévention et traitement des escarres, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.	59
<u>Remarque 25 :</u>	En ne disposant pas d'un protocole relatif au dépistage et à la lutte contre la douleur, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.	60
<u>Remarque 26 :</u>	En ne disposant d'une procédure unique sur le circuit du médicament, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratiques professionnelles.	61
<u>Remarque 27 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure de conduite à tenir en cas de températures inférieures aux normes, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratiques professionnelles.	63
<u>Remarque 28 :</u>	En omettant d'identifier nominativement les médicaments multidoses et de mentionner leur date limite de conservation après ouverture, l'établissement s'expose à un risque d'erreur d'identitévigilance, ce qui constitue un manquement aux règles de bonnes pratiques professionnelles.	64
<u>Remarque 29 :</u>	En ne disposant pas d'un protocole sur le broyage des médicaments, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'OMEDIT IDF.	64
<u>Remarque 30 :</u>	En n'omettant de signer et dater la convention avec l'établissement de santé [REDACTED], l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	67
<u>Remarque 31 :</u>	En n'omettant de faire signer la convention par le directeur du [REDACTED], l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	67
<u>Remarque 32 :</u>	En ne détaillant que les conditions de préparation et le mode de livraison des médicaments stupéfiants dans la convention transmise, sans préciser les modalités de gestion, de traçabilité et de sécurisation, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	68



## 5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	En ne comportant pas un projet médical/de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes malgré le vieillissement des résidents de la MAS, l'établissement ne prend pas en compte les recommandations de la HAS « « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » - mars 2015 »	12
<u>Remarque 2 :</u>	En n'affichant pas l'organigramme, le gestionnaire ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	13
<u>Remarque 3 :</u>	En ne faisant pas signer la fiche de mission du directeur, le gestionnaire ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	14
<u>Remarque 4 :</u>	En ne disposant pas d'un DUD nominatif et signé pour la direction de l'établissement, le gestionnaire contrevient aux respect réglementaires et jurisprudentiels issus du droit public et du droit du travail.	15
<u>Remarque 5 :</u>	En ne disposant pas de la totalité des subdélégations du directeur auprès des chefs de service qui devront être signées, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	15
<u>Remarque 6 :</u>	En ne faisant pas signer la fiche de fonction des chefs de service encadrant l'équipe soignante, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	16
<u>Remarque 7 :</u>	En ne faisant pas signer la fiche de fonction du chef de service éducatif encadrant l'équipe éducative, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	17
<u>Remarque 8 :</u>	En n'affichant pas l'arrêté d'autorisation, les horaires d'ouverture de la structure et l'arrêté de dotation globale, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	17
<u>Remarque 9 :</u>	En ne diffusant pas la connaissance des référents thématiques auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	20
<u>Remarque 10 :</u>	En n'affichant pas le numéro d'appel national 3977 et en ne le mentionnant pas dans le livret d'accueil, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	22
<u>Remarque 11 :</u>	En ne formalisant pas la procédure de gestion des comportements problématiques dans le projet d'établissement, et en ne réalisant pas de sensibilisation et de formation sur la gestion des comportements problématiques auprès des professionnels, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.	22
<u>Remarque 12 :</u>	En ne disposant pas de fiches de poste signées et présentes dans les dossiers des salariés, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	30
<u>Remarque 13 :</u>	En conservant les extraits des B3 dans les dossiers des salariés, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la CNIL.	30
<u>Remarque 14 :</u>	En ne garantissant pas un temps de pause supérieur à 20 minutes pour des professionnels présents en 12h, l'établissement ne tient pas compte des risques de fatigabilité des professionnels travaillant auprès des résidents au quotidien.	35
<u>Remarque 15 :</u>	En ne disposant pas de fiche de fonctions signées, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	36
<u>Remarque 16 :</u>	En ne veillant pas à la complétude des dossiers des usagers, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	37
<u>Remarque 17 :</u>	En ne disposant pas d'espace de retrait et/ou d'apaisement, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM de 2009 et de 2016.	42



<u>Écart 21 :</u>	En affichant les protocoles de changes individualisés dans un lieu accessible par tous, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.	49
<u>Écart 22 :</u>	En ne garantissant pas la propreté des réfrigérateurs dans les unités de vie se traduisant par la présence d'aliments périmés, d'aliments non étiquetés et non emballés et par des médicaments ouverts non rangés, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	52
<u>Écart 23 :</u>	En ne formant pas les professionnels de santé aux troubles de la déglutition, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF.	53
<u>Écart 24 :</u>	En ne respectant pas la confidentialité des données médicales, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.	53
<u>Écart 25 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure formalisée précisant la conduite à tenir en cas d'urgence vitale, y compris la nuit, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4312-43 et R4311-14 du CSP.	57
<u>Écart 26 :</u>	En ne disposant pas de matériel adapté permettant d'assurer une intervention rapide et efficace en cas d'urgence, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-6 du CASF.	58
<u>Écart 27 :</u>	En l'absence de dispositifs de fixation ou de rangement sécurisé pour l'ensemble des obus d'oxygène, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.	58
<u>Écart 28 :</u>	En ne mettant pas à disposition un aspirateur de mucosités fonctionnel, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.	58
<u>Écart 29 :</u>	En l'absence d'une signalétique visible permettant un accès permanent au DAE pour le public, l'établissement contrevient aux dispositions de l'Arrêté du 29 octobre 2019.	58
<u>Écart 30 :</u>	En ne disposant pas d'un protocole relatif aux soins palliatifs, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-43 du CSP.	60
<u>Écart 31 :</u>	En l'absence de traçabilité relative à la vérification des préparations à administrer par les IDE une fois livrées par la pharmacie, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-38 du CSP.	61
<u>Écart 32 :</u>	En ne sécurisant pas l'accès aux médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R5126-109 du CSP.	62
<u>Écart 33 :</u>	En ne garantissant pas une conservation exclusive des médicaments stupéfiants dans un coffre dédié, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013.	62
<u>Écart 34 :</u>	En n'assurant pas un contrôle quotidien de la température du réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.	62
<u>Écart 35 :</u>	En ne sécurisant pas l'accès aux médicaments hors dispensation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-109 du CSP.	63
<u>Écart 36 :</u>	En ne disposant pas de stock de médicaments pour les besoins urgents, stockés dans un endroit sécurisé, préparés, distribués et vérifiés par les IDE, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-108 du CSP.	63
<u>Écart 37 :</u>	En l'absence de traçabilité relative à la vérification des dates de péremptions des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-38 du CSP.	63
<u>Écart 38 :</u>	En ne mettant pas en œuvre les moyens de contrôle permettant de s'assurer que l'administration des médicaments est réalisée par des professionnels habilités, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4311-4 du CSP.	64
<u>Écart 39 :</u>	En l'absence de saisie des traitements dans le logiciel de soins par un médecin ou, à défaut, par un professionnel habilité agissant sous sa supervision, et en ne garantissant pas la traçabilité de leur administration, l'établissement ne sécurise pas les modalités de suivi thérapeutique. Cette situation constitue un manquement aux dispositions de l'article L311-3, (1°) du CASF.	65
<u>Écart 40 :</u>	En transmettant une convention avec la pharmacie d'officine non signée par le pharmacien titulaire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-112 du CSP.	68



## 5. Récapitulatif des écarts et des remarques

### 5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	En n'affichant pas le projet d'établissement dans la structure, l'établissement contrevient à l'article D311-38-4 du CASF.	11
<u>Écart 2 :</u>	En ne disposant pas de plan de formation des personnels aux situations sanitaires exceptionnelles dans le plan bleu, l'établissement contrevient à l'article R311-38-1 du CASF.	13
<u>Écart 3 :</u>	En n'affichant pas la dernière enquête de satisfaction et le règlement de fonctionnement, le gestionnaire contrevient aux dispositions des articles D311-15 (III) ; R311-34 et L226-8 du CASF.	17
<u>Écart 4 :</u>	En ne respectant pas le délai de prévenance fixé à 15 jours avant la tenue de la commission du CVS pour la transmission de l'ordre du jour et du dernier compte-rendu de CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-16 du CASF.	18
<u>Écart 5 :</u>	En ne disposant pas de procédure de déclaration en cas de maltraitance auprès des autorités compétentes, l'établissement contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 du CASF.	23
<u>Écart 6 :</u>	En n'informant pas de la protection des professionnels en cas de témoignage ou de signalements d'actes de maltraitance, l'établissement contrevient à l'article L313-24 du CASF.	23
<u>Écart 7 :</u>	En ne disposant pas de personnels qualifiés ou répondant aux critères du statut de contrat élève AES, l'établissement contrevient à l'article L312-1 du CASF.	27
<u>Écart 8 :</u>	En ne recrutant pas l'ensemble des postes prévus, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF.	28
<u>Écart 9 :</u>	En ne disposant pas de professionnels diplômés en rapport avec leurs fiches de poste, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	29
<u>Écart 10 :</u>	En confiant la distribution des médicaments à des personnels non diplômés et habilités, la direction contrevient à l'article L311-3 du CASF.	36
<u>Écart 11 :</u>	En ne disposant pas de registre des entrées et sorties des résidents signé par le maire, l'établissement contrevient à l'article L331-2 du CASF et R331-5 du CASF.	37
<u>Écart 12 :</u>	En ne garantissant pas un accès sécurisé des espaces extérieurs, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	39
<u>Écart 13 :</u>	En ne disposant pas de système d'appel malade pour l'ensemble des résidents, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.	41
<u>Écart 14 :</u>	En ne garantissant pas l'intimité des résidents en raison de la présence de chambres collectives avec 2 voire 3 lits dans les unités de vie, l'établissement contrevient aux articles L311-3 du CASF et D344-5-3 du CASF.	41
<u>Écart 15 :</u>	En ne recherchant pas le consentement de l'utilisateur lors de l'élaboration du DIPC se traduisant aussi par la signature de celui-ci dans le DIPC, l'établissement contrevient à l'article L311-4 (5°) du CASF.	43
<u>Écart 16 :</u>	En n'intégrant pas le règlement de fonctionnement dans le livret d'accueil, l'établissement contrevient à l'article L311-4 du CASF et la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004.	44
<u>Écart 17 :</u>	En associant l'ensemble des personnels non soignants aux temps de transmission, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (4°) du CASF concernant le respect de la confidentialité des informations du résident.	45
<u>Écart 18 :</u>	En ne procédant pas à l'actualisation annuelle des PPA, l'établissement contrevient à l'article D.344-5-11 du CASF.	46
<u>Écart 19 :</u>	En ne mettant pas à disposition des usagers et familles la liste départementale des personnes qualifiées, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (6°) du CASF.	47
<u>Écart 20 :</u>	En ne garantissant pas la désignation de la personne de confiance dès l'admission dans le dossier des usagers, l'établissement contrevient à l'article L311-5-1 du CASF.	47



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Une convention a-t-elle été signée entre la structure et une officine en pharmacie ?</p>	Partiellement	<p>Convention avec la [REDACTED] situé à [REDACTED]. La convention a été élaborée en mai 2025 mais est uniquement signée par la direction de la MAS.</p>
	<p>La convention signée entre la structure et une officine de pharmacie mentionne-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si PDA assurée par la pharmacie, une livraison des piluliers pour une durée maximale de 7 jours ?</li> <li>- La gestion des stupéfiants (prescription, livraison, traçabilité et contrôle du stock)</li> </ul>	Oui	<p><b>Écart 41 :</b> En transmettant une convention avec la pharmacie d'officine non signée par le pharmacien titulaire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-112 du CSP.</p>
		Partiellement	<p>Seules les conditions de préparation et le mode de livraison des médicaments stupéfiants sont décrits dans la convention transmise.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La dotation en médicaments pour soins urgent fait-elle l'objet d'une liste formalisée ?</li> <li>- Les modalités de retour et d'élimination des médicaments</li> </ul>	Oui	<p><b>Remarque 32 :</b> En ne détaillant que les conditions de préparation et le mode de livraison des médicaments stupéfiants dans la convention transmise, sans préciser les modalités de gestion, de traçabilité et de sécurisation, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p>
		Oui	



Sous-système ICRAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>4.2. Coordination avec les autres secteurs</p>	<p>Accès à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Neurologie</li> <li>Orthopédie</li> <li>Psychiatrie</li> <li>Gynécologie</li> <li>Dentiste ou stomatologiste</li> <li>ORL</li> </ul> <p>La structure a-t-elle passé des conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ou des établissements de santé ayant un service d'urgence convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes.</li> <li>- D'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour mise à disposition de personnels</li> <li>- 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.</li> <li>- Un laboratoire d'analyse médicale</li> <li>- Un centre de radiologie</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Consultations spécialisées réalisées au sein des établissements de santé de la région.</p> <p>Consultations spécialisées réalisées au sein des établissements de santé de la région.</p> <p>Consultations spécialisées réalisées au sein des établissements de santé de la région.</p> <p>Intervention d'une gynécologue (via démarche [redacted])</p> <p>Consultations spécialisées réalisées au sein des établissements de santé de la région.</p> <p>Convention avec le [redacted] non signée et non datée.</p> <p><b>Remarque 30 : En n'omettant de signer et dater la convention avec l'établissement de santé [redacted], l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p> <p>Convention de mise à disposition de l'espace balnéothérapie avec [redacted]</p> <p>Convention avec le [redacted] pour faciliter les admissions sans passage aux urgences et accès à des consultations spécialisées. Convention datée de juillet 2023, signée par la direction de la MAS mais pas par le directeur de l'hôpital [redacted]</p> <p><b>Remarque 31 : En n'omettant de faire signer la convention par le directeur du centre hospitalier [redacted], l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p> <p>Convention datée en novembre 2023 et signée par les 2 parties, avec les [redacted] disposant d'une consultation dédiée aux paralysés cérébraux et polyhandicapés à travers la mise en place d'une équipe mobile de médecine physique et réadaptation neurologique.</p> <p>Convention d'exercice privilégiée avec [redacted], signée par les 2 parties en août 2023.</p>



## 4. Relations avec l'extérieur

### 4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	<b>4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u></b> L'environnement extérieur de la structure est-il sécurisant ? (Environnement à risque)	Oui	
4.1. Environnement	<b>4.1.2. <u>L'insertion de la structure dans le territoire</u></b> Des actions sont-elles mises en œuvre pour favoriser la médiation et l'insertion de la structure dans l'environnement immédiat ?	Oui	Convention avec le [REDACTED] pour proposer de la médiation équine aux résidents de la MAS. Des animations culturelles sont organisées avec des associations et avec la mairie pour certains évènements (marché de Noël, brocante...).

### 4.2. Coordination avec les acteurs de soins



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (identité du résident + identité du soignant) et est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement utilise le logiciel de soins [REDACTED]. Les prescriptions médicales, établies par le médecin traitant, sont conservées à la fois sous format papier — dans des classeurs dédiés à chaque unité — et, partiellement, saisies dans le logiciel. L'intégration des résidents dans l'outil reste toutefois incomplète, ce qui limite son utilisation effective.</p> <p>Le jour de l'inspection, aucune traçabilité informatisée de l'administration ou de la non-administration des traitements n'était renseignée dans le logiciel. Un document papier a été mis en place pour assurer cette traçabilité. Il se présente sous la forme d'un tableau à cocher, comportant des mentions génériques telles que "Traitement distribué ou délégué AS", réparties selon différents moments de la journée.</p> <p>Cette méthode de suivi ne permet pas d'identifier de manière fiable les traitements effectivement administrés ou non à chaque résident. Elle constitue un facteur de risque en matière de sécurité médicamenteuse et peut altérer la qualité de la prise en charge.</p> <p><b>Écart 40 :</b> En l'absence de saisie des traitements dans le logiciel de soins par un médecin ou, à défaut, par un professionnel habilité agissant sous sa supervision, et en ne garantissant pas la traçabilité de leur administration, l'établissement ne sécurise pas les modalités de suivi thérapeutique. Cette situation constitue un manquement aux dispositions de l'article L311-3, (1°) du CASF.</p>



Sous-schéma ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>— Est réalisée par des professionnels réglementairement autorisés en présence de l'IDE (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social) habilités nominativement et formés ?</p>	Non	<p>Selon les entretiens, les IDE assurent la distribution des médicaments en journée ainsi que la préparation des traitements pour la nuit. Toutefois, si l'IDE est seul, un professionnel de chaque unité est désigné par le chef de service paramédical pour assurer la distribution. Il ressort également des entretiens que des professionnels non diplômés peuvent être amenés à réaliser cette tâche.</p>
	<p>Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments la nuit ?</p> <p>Existe-t-il un protocole spécifique encadrant l'administration des anti-épileptiques ?</p> <p>Les <b>flacons multidoses</b> ouverts présentent-ils le marquage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Du nom de l'utilisateur ?</li> <li>— De la date d'ouverture</li> <li>— De la date limite de conservation après ouverture ?</li> </ul> <p>Le <b>broyage des médicaments</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ?</li> <li>— Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments</li> </ul>	Oui	<p><b>Écart 39 :</b> En ne mettant pas en œuvre les moyens de contrôle permettant de s'assurer que l'administration des médicaments est réalisée par des professionnels habilités, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4311-4 du CSP.</p> <p>■■■■■ est présente au sein de l'établissement la nuit.</p> <p>Procédure « crise convulsive » datée de 2024.</p> <p><b>Remarque 28 :</b> En omettant d'identifier nominativement les médicaments multidoses et de mentionner leur date limite de conservation après ouverture, l'établissement s'expose à un risque d'erreur d'identification, ce qui constitue un manquement aux règles de bonnes pratiques professionnelles.</p> <p><b>Remarque 29 :</b> En ne disposant pas d'un protocole sur le broyage des médicaments, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'OMEDIT IDF.</p>



Sous-titres IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le stockage des médicaments hors PDA s'effectue-t-il selon les modalités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalités de stockage</li> <li>- Stockage nominatif ?</li> </ul> <p>Existe-t-il une dotation dédiée aux soins urgents, et celle-ci fait-elle l'objet d'une liste formalisée ?</p> <p>Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ?</p>	<p>Non</p> <p>Oui Non</p> <p>Partiellement</p>	<p><b>Remarque 27 :</b> En ne disposant pas d'une procédure de conduite à tenir en cas de températures inférieures aux normes, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratiques professionnelles.</p> <p>Le stock des médicaments hors PDA est conservé dans une armoire non sécurisée.</p> <p><b>Écart 36 :</b> En ne sécurisant pas l'accès aux médicaments hors dispensation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-109 du CSP.</p> <p><b>Écart 37 :</b> En ne disposant pas de stock de médicaments pour les besoins urgents, stockés dans un endroit sécurisé, préparés, distribués et vérifiés par les IDE, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-108 du CSP.</p> <p>Une vérification des dates de péremption est réalisée selon les professionnels rencontrés. Toutefois, la mission n'a pas pu obtenir d'éléments justificatifs permettant de confirmer sa réalisation.</p> <p><b>Écart 38 :</b> En l'absence de traçabilité relative à la vérification des dates de péremptions des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-38 du CSP.</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.8.6. Distribution et administration</b></p> <p>Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ?</p> <p>La <b>délégation de la distribution</b> des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est procédurée ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>Un paragraphe sur la délégation de la distribution des médicaments est présent dans la procédure « Administration des traitements », datée de 2024.</p>



Série thème JEAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p><b>3.8.5. Stockage</b></p>	<p>Le stockage des médicaments se fait dans : Des armoires sécurisées ;</p> <p>Des chariots à médicaments sécurisés ? Existe-t-il un coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé ? Y a-t-il uniquement des médicaments stupéfiants dans le coffre dédié ?</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p><b>Écart 33 :</b> En ne sécurisant pas l'accès aux médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R5126-109 du CSP.</p>
	<p>L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle est dédiée à ce type de médicaments ;</li> <li>- Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) ;</li> <li>- Son entretien est tracé ;</li> <li>- Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>La mission a constaté lors du contrôle du coffre à stupéfiants la présence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'une enveloppe avec de l'argent,</li> <li>• d'une tablette,</li> <li>• d'un chargeur de téléphone d'un professionnel,</li> <li>• d'un médicament non classé comme stupéfiants (Epidyolex®).</li> </ul> <p><b>Écart 34 :</b> En ne garantissant pas une conservation exclusive des médicaments stupéfiant dans un coffre dédié, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013.</p>
			<p>La mission a relevé une irrégularité dans la traçabilité quotidienne des températures, ainsi que la présence de températures élevées, sans qu'aucune action corrective n'ait été tracée, ce qui peut entraîner l'administration de médicaments périmés. De plus aucune procédure en cas de relevé anormal n'a été présentée à la mission.</p> <p><b>Écart 35 :</b> En n'assurant pas un contrôle quotidien de la température du réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.</p>



### 3.8. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p><b>3.8.1. Le circuit du médicament</b> Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?</p>		Partiellement	<p>L'établissement a mis en place plusieurs procédures relative à la prise en charge des médicaments. Toutefois, une procédure unique complète permettrait de renforcer la cohérence, la lisibilité et l'efficacité du processus.</p> <p><b>Remarque 26: En ne disposant d'une procédure unique sur le circuit du médicament, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratiques professionnelles.</b></p>
<p><b>3.8.2. Prescription</b> Quels sont les moyens de transmissions des ordonnances de la MAS à l'officine ?</p>			<p>Les ordonnances sont transmises par mail sécurisé à la pharmacie.</p>
<p><b>3.8.3. Livraison</b> Toute commande livrée en dehors de l'officine ne peut être remise qu'en paquet scellé.</p>		Oui	
<p><b>3.8.4. Dispensation</b> La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée par l'officine en pharmacie ? La fréquence de livraison des piluliers/PDA est-elle hebdomadaire ? Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ?</p>		<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>Un contrôle des PDA est réalisé selon le retour des professionnels rencontrés, mais il n'est pas formalisé.</p> <p><b>Écart 32: En l'absence de traçabilité relative à la vérification des préparations à administrer par les IDE une fois livrées par la pharmacie, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-38 du CSP.</b></p>
<p>La préparation / vérification des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ?</p>		Oui	



Sous-thème HAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p><b>3.7.9.3. Le traitement de la douleur</b> Existe-t-il un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur au sein de la structure ?</p>	Non	<p>Aucun protocole de dépistage et de lutte contre la douleur n'a été transmis à la mission. Seules des pièces annexes ont été transmises, notamment l'échelle Doloplus et l'échelle Algoplus.</p>
	<p><b>3.7.9.4. Les soins palliatifs</b> Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs au sein de la structure ?</p>	Non	<p><b>Remarque 25 :</b> En ne disposant pas d'un protocole relatif au dépistage et à la lutte contre la douleur, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.</p>
	<p><b>3.7.9.5. Les contentions</b> Existe-t-il une ou des procédures existantes concernant les contentions ?</p>	Oui	<p>Aucun protocole relatif aux soins palliatifs n'a été transmis à la mission.</p> <p><b>Écart 31 :</b> En ne disposant pas d'un protocole relatif aux soins palliatifs, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-43 du CSP.</p> <p>Existence d'une procédure datant de février 2025.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.7. La dispensation des soins	<p><b>3.7.7. Les prises en charge</b></p> <p><b>3.7.7.1. Les prescriptions de rééducation</b> Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ?</p> <p><b>3.7.7.2. Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...)</b> Quels professionnels établissent les prescriptions initiales de dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques ?</p> <p><b>3.7.8. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</b> La structure bénéficie-t-elle de l'intervention de professionnels de santé externes, dont des professionnels de santé libéraux ? Quels sont les différents supports pour les transmissions des intervenants extérieurs (soins, kiné, orthophoniste, etc.) ?</p>	Oui	Selon les entretiens, ce sont les médecins traitants qui établissent les prescriptions initiales de dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques.
3.7. La dispensation des soins	<p><b>3.7.9. Les procédures et protocoles</b> L'établissement a-t-il formalisé des protocoles de soins, procédures ou conduites à tenir dans diverses situations, Procédures validées ? Les professionnels connaissent-ils ces protocoles de soin ? Savent-ils les trouver ?</p>	Oui Oui Oui Oui	Les transmissions des intervenants extérieurs se font via le logiciel [REDACTED] avec des accès spécifiques.
3.7. La dispensation des soins	<p><b>3.7.9.1. Le traitement de la crise épileptique</b> Existe-t-il une procédure en cas de crise épilepsie au sein de la structure ?</p> <p><b>3.7.9.2. La prévention des escarres</b> Existe-t-il une procédure prévention et traitement des escarres au sein de la structure ?</p>	Oui Non	Aucune procédure relative à la prévention et traitement des escarres n'a été transmise à la mission. <b>Remarque 24 : En ne disposant pas d'une procédure relative à la prévention et traitement des escarres, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.</b>



Sous-système ICAF	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>Le matériel pour faire face à une urgence (aspirateur mucosités/BAVU et O2) et le matériel pour prise des constantes sont-ils accessibles 24h/24h ?</p> <p>Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ?</p>	Non	<p>Absence de matériel dédié à la prise en charge des urgences, tel qu'un chariot ou un sac d'urgence.</p> <p>Présence d'une trousse de secours.</p> <p>Présence de boîtes nominatives de traitements et ordonnances rangés dans des sachets de congélation et disposés dans l'armoire à pharmacie à utiliser en cas d'urgence.</p> <p>Présence d'un BAVU dont la date de péremption est dépassée (février 2021).</p>
	<p>Si présence d'obus d'oxygène sont-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stockés dans un système de fixation (prévention chute obus)</li> <li>- stockés dans un local dédié</li> </ul>	Partiellement	<p><b>Écart 27 :</b> En ne disposant pas de matériel adapté permettant d'assurer une intervention rapide et efficace en cas d'urgence, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-6 du CASF.</p>
	<p>Présence d'une aspiration fonctionnelle ?</p>	Non	<p>Présence de 6 obus d'oxygène dans l'infirmierie, dont un seul est sécurisé à l'aide d'un système de fixation murale destiné à prévenir les risques de chute.</p>
	<p>Le défibrillateur automatisé externe est-il :</p> <p>Présent au sein de la structure ?</p> <p>En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignote)</p>	Oui Oui	<p><b>Écart 28 :</b> En l'absence de dispositifs de fixation ou de rangement sécurisé pour l'ensemble des obus d'oxygène, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.</p>
	<p>Signalé de manière claire et visible ?</p>	Non	<p>L'aspirateur de mucosités présent sur le site est non fonctionnel en raison de l'absence du câble d'alimentation, rendant impossible son utilisation en cas d'urgence.</p> <p><b>Écart 29 :</b> En ne mettant pas à disposition un aspirateur de mucosités fonctionnel, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.</p> <p>Le DAE est installé à proximité de l'accueil, dans un emplacement facilement accessible au public en permanence. Cependant, la signalétique n'est pas visible.</p> <p><b>Écart 30 :</b> En l'absence d'une signalétique visible permettant un accès permanent au DAE pour le public, l'établissement contrevient aux dispositions de l'Arrêté du 29 octobre 2019.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Présence d'un trombinoscope des résidents ? Présence d'un tableau de programmation des soins. Présence d'un annuaire des principaux correspondants (établissements de santé, garde médicale 14, Laboratoires de biologie médicaux, pédiatres) ? Présence de matériels de pesée ? – Plateforme Report des appels malades est fait directement vers les DECT des soignants ? Présence de consignes AES ?	Oui Oui Partiellement Oui Oui Oui	La mission a constaté que les coordonnées de l'établissement de santé de secteur n'étaient pas à jour à la suite du déménagement de celui-ci.  Existence d'une procédure mais pas affichée.
3.7. La dispensation des soins	<b>3.7.5. La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)</b> Composition de l'équipe de rééducation et plages horaires  La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ?	Partiellement	Présence [redacted] présente le lundi et le vendredi de 9h à 17h30. Une psychomotricienne libérale intervient aussi sur le site de la MAS. Pas de salle spécifique pour la rééducation avec du matériel dédié. Les activités de rééducation sont réalisées dans la grande salle d'activité. Une salle d'art-thérapie est installée pour les activités proposées par [redacted] salariée de la MAS qui est présente de 10h30 à 20h15 le mardi et le vendredi.
3.7. La dispensation des soins	Les missions d'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires sont-elles réalisées ? Equipements des chambres favorisant l'autonomie et interventions de l'équipe soignante pour l'adaptation continue  <b>3.7.6. Gestion des urgences médicales</b> Existe-t-il une conduite à tenir en cas d'urgence vitale y compris la nuit ? (Procédure validée, numéro d'urgence, chariot d'urgence...)?	Oui Oui Non	Présence de rails de transfert dans les chambres et dans les salles de bains collectives.  <b>Écart 26 : En ne disposant pas d'une procédure formalisée précisant la conduite à tenir en cas d'urgence vitale, y compris la nuit, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4312-43 et R4311-14 du CSP .</b>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ? Respect de la confidentialité ?		Les postes dédiés aux soins (infirmier et pharmacie) sont situés à proximité de l'accueil de la MAS. Les locaux sont propres et entretenus.
	L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?	Oui	Cependant, la mission a constaté la présence d'un chat dans l'infirmierie et des effets personnels ce qui contrevient au respect de l'hygiène. Il conviendra à l'établissement de veiller à ce que les locaux de soins soient exclusivement utilisés à des fins médicales.
	Présence d'une paillasse monobloc avec « coup de torchon » intégré ?	Oui	Les locaux sont sécurisés par une fermeture à clé.
	Présence d'un lave main avec robinet et savons commandés au coude ?	Oui	
	Présence de chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements ?	Oui	
	Présence de produits d'hygiène (solution hydro alcoolique) ?	Oui	
	Présence d'un poste informatique relié au réseau avec imprimante ?	Oui	
	Présence d'un réfrigérateur avec thermomètre ?	Oui	
	Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmierie ?	Oui	
	Présence d'un coffre pour les toxiques et moyens de sécurisation ?	Oui	
	Présence de chariot de médicaments ?	Oui	
	Présence de matériel d'aspiration ?	Oui	
	Présence d'un DAE. Si oui, situé où au sein de la structure ?	Oui	A l'accueil.
	Présence de bouteille O2 ?	Oui	
	Présence d'extracteur O2 ?	Oui	
	Présence d'un ECG ?	Non	
	Présence de poubelle DASRI ?	Oui	



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
<p>3.7. La dispensation des soins</p> <p><b>3.7.2. Plannings et continuité des soins</b></p>	<p>En journée, les plannings des professionnels intervenant dans les soins présentent-ils un chevauchement permettant une continuité des soins ?</p> <p>Quelle est l'organisation IDE en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, Permet-elle d'assurer la qualité et la sécurité des soins ?</p> <p>Nuit et weekends ?</p> <p>Les plannings sont-ils affichés et connus des équipes ?</p> <p>De nuit, y-a-t-il des procédures et/ou des astreintes pour assurer la prise en charge en soins en continu ?</p> <p>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 ?</p> <p>Emploi de FFAS ?</p> <p>Les modalités de suppléance en cas d'absence imprévue d'une IDE ou d'un soignant AS/AMP/AES, en semaine ou le weekend, en journée ou la nuit sont précisées dans un document ?</p> <p>Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Présence de multiples horaires de travail des IDE, AS-AES-AMP permettant le chevauchement des professionnels intervenant dans les soins et notamment entre le jour et la nuit.</p> <p>Chaque jour, présence à minima [REDACTED]</p> <p>Les plannings sont communiqués et connus des équipes.</p> <p>Présence d'une [REDACTED]</p> <p>Présence à minima de [REDACTED] AS-AES-AMP au sein de chaque unité de vie la journée et de [REDACTED] surveillants de nuit (AS, ES, AMP) chaque nuit.</p> <p>Des faisant fonctions sont présents la journée.</p> <p>Cela est précisé dans le plan bleu.</p> <p>La traçabilité est réalisée sur [REDACTED] et à distance du soin sur une tablette.</p>
<p>3.7. La dispensation des soins</p> <p><b>3.7.3. Missions médicales</b></p>	<p>Rôle des médecins de la structure dans le processus d'admission.</p> <p>Combien de médecins traitants exercent sur la structure ?</p> <p>Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché à la MAS ou extérieur ?</p> <p>Un cabinet médical est-il présent dans la structure ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>[REDACTED] médecins généralistes peut être sollicité pour avis dans le cadre d'une demande d'admission.</p> <p>[REDACTED] médecins traitants interviennent dans la MAS.</p> <p>Par [REDACTED] médecin extérieur à la MAS.</p>
<p>3.7. La dispensation des soins</p> <p><b>3.7.4. L'infirmierie</b></p>	<p>Une infirmierie est-elle présente dans la structure ?</p>	<p>Oui</p>	



### 3.7. La dispensation des soins

Sous-système IICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
<p>3.7. La dispensation des soins</p>	<p><b>3.7.1. L'organisation des soins</b></p> <p><b>3.7.1.1. L'organisation des soins définie par le PE</b></p> <p>Le PE précise l'organisation de la coordination des soins ? Existe-t'il un projet de soins actualisé ? Le projet d'établissement ou de service prévu à l'article L. 311-8 contient-il : 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 du CASF ;</p>	<p>Oui Oui Oui</p>	<p>Dans le projet d'établissement remis, il est mentionné l'existence de projet thérapeutique ou de soins individualisés élaborés avec le résident et sa famille lors de la réunion de préadmission qui est évaluée chaque année. Ce projet formalisé est intégré au dossier médical.</p>
	<p><b>3.7.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante</b></p> <p>Existe-t-il un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge médico-soignante ? Astreintes médicales ? Modalités ?</p>	<p>Partiellement Partiellement</p>	<p>Présence [redacted] qui a pris en charge une grande majorité de résidents de la MAS en tant que médecin traitant et elle intervient aussi si besoin auprès des autres résidents dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance et en cas de situation d'urgence. [redacted] ne réalise pas d'astreinte médicale mais reste disponible pour l'équipe soignante en cas d'urgence selon les entretiens.</p>
	<p><b>3.7.1.3. Cadre IDE</b></p> <p>Un(e) infirm(èr)ère d'encadrement et/ou de coordination est en poste ? La coordination est-elle effective ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Présence [redacted] cheffe de service paramédicale ayant un diplôme d'IDE et ayant la responsabilité des IDE et de l'équipe de nuit.</p>



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.6. L'alimentation	<b>3.6.3. Les régimes, textures</b> Les différents régimes et textures sont-ils répertoriés dans un document unique tenu à jour ? Les régimes et textures sont-ils transmis régulièrement à la cuisine ?	Oui  Oui	
3.6. L'alimentation	<b>3.6.4. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</b> Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (Exemple : Test du verre d'eau) Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	Oui  Non	Aucun élément ne permet d'attester que les professionnels de santé soient formés aux troubles de la déglutition.  <b>Écart 24 : En ne formant pas les professionnels de santé aux troubles de la déglutition, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF.</b>
3.6. L'alimentation	<b>3.6.5. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</b> Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ?	Non	Les documents remis ne permettent pas de savoir si des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation sont réalisées.  <b>Remarque 23 : En ne réalisant pas d'enquête de satisfaction sur l'alimentation, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b>
	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, ...) ?	Partiellement	Suivi assuré par la [redacted] ayant un DU nutrition en lien avec les IDE. La mission a constaté que le classeur de suivi des poids était accessible à tous dans les parties communes des unités de vie.  <b>Écart 25 : En ne respectant pas la confidentialité des données médicales, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.</b>  Il a été indiqué à la mission qu'en cas de dénutrition, une surveillance rapprochée du poids est mise en place. Des compléments nutritionnels oraux (CNO) sont prescrits, un bilan sanguin est réalisé et un contrôle du poids est réalisé entre 3 et 6 mois selon le résultat du bilan.



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Le jour de la visite, lors de l'observation des repas dans l'unité "Oslo", "Rio", et "Bali", plusieurs constats ont été effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le repas commence à être servi à 12h,</li> <li>- le personnel dispose d'une liste de résident et de l'information hachés/mixés,</li> <li>- une aide à l'alimentation est apportée aux résidents qui en ont besoin.</li> </ul> <p>Cependant, plusieurs éléments sont à signaler :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le personnel en salle dont certains non diplômés, n'a pas de tenue adaptée pour réaliser le service (mesures d'hygiène), ce qui contrevient aux règles d'hygiène en restauration collective ;</li> <li>- le menu du jour n'est pas affiché, ce qui limite l'information des résidents sur les repas proposés ;</li> <li>- les tables ne sont pas assignées aux résidents avec leurs noms devant,</li> <li>- il n'existe pas de plan de table,</li> <li>- l'aide à la prise de repas est réalisée debout, et non face au résident ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents face aux risques de fausses routes.</li> <li>- la mission a constaté la présence de 3 professionnels affectés au temps de restauration.</li> </ul> <p><b>Remarque 22 : En ne garantissant pas un plan de table et la présence de professionnels qualifiés réalisant une aide au repas debout et avec une tenue adaptée, l'établissement ne respecte pas les recommandations du GEM-RCN-2015 et les règles d'identification.</b></p>
	Les périodes de jeun sont-elles inférieures à 12 h ?	Oui	



### 3.6. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.6. L'alimentation	<p><b>3.6.1. La conception des repas</b> Les repas des résidents sont-ils équilibrés, variés et adaptés ? Il y a-t-il une commission menus ?</p>	<p>Oui Partiellement</p>	<p>Lors de l'observation des repas, l'équipe d'inspection a constaté que ceux-ci étaient variés et offraient différentes textures (entier, mixé et haché). Lors des entretiens, il a été précisé que des commissions menus sont organisées par la directrice qualité et ont lieu 1 fois par trimestre. Or la mission a constaté dans le classeur des comptes-rendus de réunions disponibles à l'accueil, que les derniers comptes-rendus des commissions menus dataient du 6 décembre 2023 et du 15 mai 2024.</p>
			<p><b>Remarque 21 : En n'organisant pas les commissions menus 1 fois par trimestre, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la CNSA et du Guide HAS - « Nutrition des personnes en ESMS » (2015)</b></p>
	<p>Les repas sont-ils préparés sur place ?</p>	<p>Oui</p>	<p>La MAS met à disposition une cuisine centrale dans lequel le prestataire prépare les repas pour l'ensemble des ESMS de l'association les Tout Petits à l'exception des ESMS parisiens.</p>
	<p>Existe-t-il un contrat entre la structure et le prestataire ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Contrat passé entre le gestionnaire et le prestataire qui assure la livraison pour l'ensemble de ces ESMS du 91 et 78.</p>
	<p>Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution (allergie, fausse route, sans porc, ...) ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Il n'existe pas de menu de substitution mais les coordinatrices ont des plats de réserves si besoin.</p>
3.6. L'alimentation	<p><b>3.6.2. Les salles de restauration</b> Quels sont les horaires de repas et de collations ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Petit-déjeuner : 8h - 8h30 Déjeuner : A partir de 12h Goûter : 16h - 16h30 Dîner : 19h Collation du soir : fourni par les veilleurs de nuit en fonction des demandes.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.5. Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.5.4. <u>Les activités proposées</u></b></p> <p>Un planning d'activité est-il mis en place au sein de la MAS ?</p> <p>Comment celui-ci est élaboré ? Par qui ?</p> <p>Les activités éducatives sont-elles organisées en fonction des besoins propres de chaque usager conformément au PPA ?</p> <p>Les résidents sont-ils associés dans le choix des activités proposées ?</p> <p><u>La structure organise-t-elle des sorties extérieures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur une journée ?</li> <li>- Sur plusieurs jours ?</li> </ul> <p><u>Les activités éducatives sont-elles réalisées :</u></p> <p>Individuellement ?</p> <p>Collectivement ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Affiché dans chaque unité de vie.</p> <p>Planning des activités élaboré par le chef de service éducatif en prenant en compte les souhaits des résidents et les PPA.</p> <p>Existence d'une procédure spécifique en cas de sorties à l'extérieur.</p>



### 3.5. Vie quotidienne et hébergement

Sous-titres IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.5. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p><b>3.5.1. Le suivi de l'hygiène corporelle</b></p> <p>L'hygiène corporelle des usagers fait-elle l'objet d'une programmation, organisation ?</p> <p>L'hygiène corporelle des usagers est-elle suivie et tracée ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe un plan de soins personnalisé pour chaque résident sur logiciel [REDACTED]</p>
<p>3.5. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p><b>3.5.2. Les changes</b></p> <p>Les changes sont-ils effectués aussi souvent que nécessaire ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>D'après les entretiens, le 1<sup>er</sup> change est effectué le matin à partir de 8h lors de la toilette. Un 2<sup>ème</sup> change est réalisé à 13h, suivi d'un 3<sup>ème</sup> à 18h et d'un 4<sup>ème</sup> change à lieu à 20h30. Enfin, à partir de 21h, le personnel commence la mise en place des protections de nuit pour les résidents.</p> <p>Cependant la mission a constaté que dans les salles de bains collectives accessibles à tous, des protocoles de change de chaque résident sont affichés et donc visibles par tous.</p> <p><b>Écart 22 : En affichant les protocoles de changes individualisés dans un lieu accessible par tous, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.</b></p>
<p>3.5. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p>Y a-t-il des temps planifiés pour des passages aux toilettes et les changes ?</p> <p><b>3.5.3. Le circuit du linge</b></p> <p>Y a-t-il une procédure de la gestion du linge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plat ;</li> <li>- De toilette ;</li> <li>- Des vêtements personnels.</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Sur le logiciel [REDACTED]</p> <p>Le linge plat est entretenu par une société prestataire qui organise les rotations (2 fois par semaine).</p> <p>Le traitement du linge personnel des résidents en internat est réalisé dans le cadre d'un lavage collectif assuré au sein de la MAS qui dispose d'un espace buanderie avec un espace linge propre et un espace linge sale. La possibilité est laissée aux familles de laver le linge à leur domicile si cela est leur souhait.</p> <p>La mission a constaté lors de la visite que des chariots de linge propre des résidents étaient placés en extérieur ce qui ne garantit pas le respect du circuit du linge.</p>



### 3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.4. Vie sociale et relationnelle</p> <p><b>3.4.1. Relations avec les familles</b></p>	<p>Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?</p> <p>L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ?</p> <p>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, ...)</p> <p>Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Rencontre avec les familles dans le cadre de l'élaboration et/ou le suivi du PPA.</p> <p>Temps de réunions avec les familles en cas de besoin.</p> <p>Mise en place de cahier de liaison entre les familles et les professionnels. Instauration de temps de réunions, d'échanges dans les couloirs et planification de journées festives.</p> <p>Au sein de la grande salle Denise Carrette, un espace en cours d'aménagement est prévu pour l'accueil des familles au sein de la MAS. De plus, un studio est mis à disposition à l'extérieur de la MAS pour les familles vivant éloignées moyennant une contribution financière.</p>
<p>3.4. Vie sociale et relationnelle</p>	<p><b>3.4.2. Vie relationnelle, affective et sexuelle</b></p> <p>Comment sont gérées les conduites violentes des résidents ? Quelles solutions mettez-vous en œuvre ?</p> <p>Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ?</p> <p>Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ?</p> <p>Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>En cas de violence et/ou de crise d'un résident, il est reconduit dans sa chambre pour un temps d'isolement.</p> <p>Activités communes entre les 4 unités de vie et chaque résident peut aller dans une autre unité pour participer à certaines activités proposées.</p> <p>Il n'existe pas de procédure relative au respect de l'intimité des usagers.</p> <p>Se référer à l'écart 14.</p> <p>Il n'existe pas de procédure relative au respect de la vie affective des usagers.</p> <p>Néanmoins, la structure bénéficie de la démarche pilotée par [redacted] qui assure le suivi gynécologique des résidentes de la MAS et sensibilise les résidents et les professionnels sur le respect de la vie affective des usagers.</p>
<p><b>Remarque 20 : En ne disposant pas d'une procédure formalisée relative au respect de la vie affective des usagers, l'établissement ne respecte pas la circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147.</b></p>			



### 3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème CAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.3. Respect des droits des personnes</p> <p><b>3.3.1. Les personnes qualifiées départementales</b></p> <p>Une liste départementale de personnes qualifiées est-elle à disposition des usagers et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?</p>	<p>Non</p>	<p>Dans le projet d'établissement, il est spécifié dans les droits de la personne du recours à la personne qualifiée. Cependant la mission a constaté que la liste des personnes qualifiées n'est pas affichée dans l'établissement.</p> <p><b>Écart 20 : En ne mettant pas à disposition des usagers et familles la liste départementale des personnes qualifiées, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (6°) du CASF.</b></p>	
<p>3.3. Respect des droits des personnes</p> <p><b>3.3.2. La personne de confiance des usagers</b></p> <p>Les usagers et les familles sont-ils informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance ?</p> <p>Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission dans le dossier des usagers ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>La mission a constaté que dans les dossiers administratifs des résidents, consultés sur place, la désignation de la personne de confiance n'était pas renseignée.</p>	<p><b>Écart 21 : En ne garantissant pas la désignation de la personne de confiance dès l'admission dans le dossier des usagers, l'établissement contrevient à l'article L311-5-1 du CASF.</b></p>
<p>3.3. Respect des droits des personnes</p> <p><b>3.3.3. L'identification des usagers (identitovigilance)</b></p> <p>Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? (Photos, étiquette, bracelet, ...)</p>			<p>La mission a constaté lors de la visite des locaux la présence de photos des résidents sur les portes des chambres. De plus, une fiche de présentation du résident avec sa photo est mise en place au niveau du fauteuil du résident.</p>
<p>3.3. Respect des droits des personnes</p> <p><b>3.3.4. Les mesures de protection des biens</b></p> <p>Est-il proposé un coffre-fort pour effets personnels de valeur des usagers ?</p>	<p>Non</p>		<p>Mais les effets personnels de valeurs des résidents sont mis en sécurité et confiés à la direction qui tient un registre de suivi.</p>



### 3.2. Les projets personnalisés d'accompagnements

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.2 Les projets personnalisés d'accompagnements.</p>	<p><b>3.2.1. Les Projets personnalisés d'accompagnement (PPA) :</b></p> <p>L'élaboration et le suivi des PPA font-ils l'objet d'une procédure ?</p> <p>Chaque usager a un projet individualisé d'accompagnement ?</p> <p>Les PPA sont-ils régulièrement actualisés ?</p> <p>Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ?</p> <p>Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PPA ?</p> <p>Existe-t-il des réunions de synthèse régulières et pluridisciplinaires ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le planning global d'actualisation des PPA de 2024 transmis met en évidence que les derniers PPA validés de certains résidents dates de 2020, 2021, 2022. La direction justifie ce retard dans les PPA par la vacance du poste [REDACTED]</p> <p><b>Écart 19 : En ne procédant pas à l'actualisation annuelle des PPA, l'établissement contrevient à l'article D.344-5-11 du CASF.</b></p> <p>Chaque résident a un coordinateur désigné parmi les [REDACTED] en poste au sein de la MAS. De plus sur les PPA transmis figure aussi un référent de l'équipe soign.</p>



### 3.1.5. Les transmissions inter équipes

Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ?

Oui

3 temps de transmissions par jour : 7h30, 14h30 et 20h45.

Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ?

Oui

Qui assure le pilotage des transmissions inter équipes ?

Les chefs de services.

Y a-t-il des transmissions orales entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ?

Des transmissions orales sont organisées tous les matins à 7h30 et tous les soirs à 20h45 afin de faire le relai entre les professionnels de jour et de nuit.

Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...)

Les transmissions écrites se font sur [REDACTED]

Cependant selon les entretiens, les personnels non soignants (éducatifs, direction) sont présents lors des transmissions orales.

**Écart 18 : En associant l'ensemble des personnels non soignants aux temps de transmission, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (4°) du CASF concernant le respect de la confidentialité des informations du résident.**



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p><b>Le contrat de séjour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- Détaille les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge ;</li> <li>- Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant.</li> </ul>	Oui	Les objectifs et actions proposés dans le cadre de l'accompagnement personnalisés font l'objet d'un avenant au contrat de séjour.
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p><b>3.1.3. Le livret d'accueil</b></p> <p>Un livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal ?</p> <p>Le livret d'accueil comprend-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La charte des droits et libertés de la personne accueillie ;</li> <li>- Le règlement de fonctionnement ;</li> </ul>	Oui  Oui  Non	<p>Le règlement de fonctionnement ne figure pas dans le livret d'accueil, il est juste mentionné le cadre réglementaire du contenu du règlement de fonctionnement.</p> <p><b>Écart 17 :</b> En n'intégrant pas le règlement de fonctionnement dans le livret d'accueil, l'établissement contrevient à l'article L311-4 du CASF et la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004.</p>
<p>3.1 Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p><b>3.1.4. Les médecins traitants</b></p> <p>Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?</p>	Oui	



### 3. Prises en charge et prévention de la lutte contre les maltraitements

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

Sous-thème HAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.1.1. <b>L'admission</b></p> <p>Existe-t-il une procédure formalisée décrivant les étapes du processus d'admission ?</p>	<p>Quels sont les critères de refus d'admission ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Dans le projet d'établissement, le processus d'admission est défini mais la mission constate qu'il n'existe pas de procédure formalisée d'admission distincte du projet d'établissement décrivant les étapes du processus (commission, critères d'admission et de refus, temporalité...).</p> <p><b>Remarque 18 :</b> En ne disposant pas d'une procédure d'admission formalisée distincte du projet d'établissement définissant aussi les critères d'admission et de refus, l'établissement ne respecte pas les recommandations de l'ARS Ile-de-France en termes d'harmonisation des admissions en ESMS.</p>
<p>Existe-t-il une commission d'admission ?</p> <p>Si oui, sa composition et sa fréquence ou modalités d'organisation ?</p> <p>Si non, l'admission est-elle prononcée après avis des membres de l'équipe pluridisciplinaire</p>	<p>Non</p>	<p>Non</p>	<p>Dans les outils de la loi 2002-2 (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil), il est mentionné l'existence d'une commission d'admission.</p> <p>Or lors des entretiens, la direction a précisé qu'il n'existe pas de commission d'admission spécifique. Cependant, dès qu'une demande d'admission est reçue, l'équipe de direction en prend connaissance, recueille l'avis de l'équipe pluridisciplinaire et une décision est prise et communiquée auprès de la famille et la MDPH.</p> <p><b>Remarque 19 :</b> En ne disposant pas de commission d'admission, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS concernant les pratiques de coordination du parcours de la personne en situation de handicap.</p>
<p>3.1.2. <b>Le contrat de séjour</b></p> <p>Un contrat de séjour est élaboré à l'admission de l'utilisateur ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a transmis uniquement le modèle du contrat de séjour en internat or il accueille aussi des résidents en externat. La mission souhaite être destinataire d'un exemplaire du DIPC d'un résident accueilli en externe.</p>
<p>Le consentement de l'utilisateur est-il recherché ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Sur le modèle du contrat de séjour transmis, il est inscrit uniquement la signature de la direction et celle des représentants légaux, il ne figure pas de mention de signature du résident.</p> <p><b>Écart 16 :</b> En ne recherchant pas le consentement de l'utilisateur lors de l'élaboration du DIPC se traduisant aussi par la signature de celui-ci dans le DIPC, l'établissement contrevient à l'article L311-4 (5°) du CASF.</p>



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4.1. Bâtiments, locaux, équipements	<p><b>2.4.4. La salle d'apaisement</b> La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait et l'apaisement des usagers ?</p> <p>Quels équipements sont disponibles dans la salle d'apaisement ?</p>	Non	<p>La structure ne dispose pas d'espace de retrait et d'apaisement des usagers. En cas de violence d'un résident, il est emmené dans sa chambre pour un temps d'isolement.</p> <p><b>Remarque 17 : En ne disposant pas d'espace de retrait et/ou d'apaisement, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM de 2009 et de 2016.</b></p> <p>Pas d'espace de retrait au sein de la MAS.</p>

## 2.5. Sécurité

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5.1. Sécurité	<p><b>2.5.1. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</b> Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ? Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ? Le marquage des DASRI est-il conforme ?</p>	Oui Oui Oui	
2.5.2. Sécurité	<p><b>2.5.2. L'aide à la prévention des chutes</b> Des installations de lève-personne, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmierie ? Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : - barres d'appui systématiques - sièges fixes</p>	Oui	Présence de rails de transferts dans les chambres, sanitaires et salles de bain collectives.
2.5.3. Sécurité	<p><b>2.5.3. La prévention des fugues</b> La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues adapté aux résidents ?</p>	Oui	Entrée de la MAS sécurisée avec un code à l'entrée.
2.5.4. Sécurité	<p><b>2.5.4. PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</b> Le PV de la commission émet-t-il un avis favorable ?</p>	Oui	



Sous-thème ICAF	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Système d'appel malade : description, reports, fonctionnel, traçabilité des appels, audits réguliers, action corrective pour non-réponses identifiées</p>	Partiellement	<p>La mission a constaté qu'une seule chambre est équipée d'un système d'appel malade avec report car <input type="checkbox"/> résident sur les 40 a la capacité de l'utiliser comme le précise la direction. La surveillance est assurée uniquement par la vigilance des professionnels de la MAS ce qui peut être source de dysfonctionnement et notamment en cas d'absentéisme et de sous effectifs de professionnels.</p> <p><b>Écart 14 : En ne disposant pas de système d'appel malade pour l'ensemble des résidents, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</b></p>
	<p>Accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie</p>	Oui	<p>La MAS dispose de 4 unités de vie composées de 7 chambres individuelles et/ou collectives.</p> <p>Au jour de la visite, la MAS accueillait <input type="checkbox"/> résidents en internat et <input type="checkbox"/> résidents en externat au sein des 4 unités de vie suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unité RIO : <input type="checkbox"/> résidents pris en charge en internat</li> <li>- Unité BALL : <input type="checkbox"/> résidents pris en charge en internat</li> <li>- Unité OSLO : <input type="checkbox"/> résidents pris en charge en internat</li> <li>- Unité TOKYO : <input type="checkbox"/> résidents pris en charge en internat</li> </ul> <p>La présence de chambres collectives (2 voire 3 lits) ne permet pas de préserver un espace de vie privatif pour les résidents et ainsi garantir leur intimité.</p>
	<p>Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ;</p>	Non	<p><b>Écart 15 : En ne garantissant pas l'intimité des résidents en raison de la présence de chambres collectives avec 2 voire 3 lits dans les unités de vie, l'établissement contrevient aux articles L311-3 du CASF et D344-5-3 du CASF.</b></p>
<p>2.4. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement</p>	<p><b>2.4.3. La circulation dans les locaux</b></p> <p>Les ouvertures principales sont-elles automatisées ?</p> <p>Les couloirs utilisés par les usagers sont-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plus spacieux possibles,</li> <li>- Dépourvus de piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles ;</li> <li>- Constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol.</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	



## 2.4. Locaux et équipements

Sous-éléments ICS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>2.4.1. <b>Fonctionnalité et hygiène des locaux</b></p> <p>Les locaux sont-ils en nombre suffisant et de dimension appropriée pour l'ensemble des activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités</li> <li>- Rééducation,</li> </ul>	<p>Oui</p>	<p>Présence de plusieurs salles d'activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la salle d'art-thérapie,</li> <li>- une grande salle d'activité centrale délimitée par un paravent pour l'accueil des externes le matin,</li> <li>- Une grande salle de réunion pouvant servir pour les festivités et certaines activités,</li> <li>- Un espace salon avec coin télévision dans chaque unité.</li> </ul> <p>Rééducation réalisée dans des salles d'activité.</p>	<p>Présence d'une balnéothérapie non accessible et opérationnelle depuis plusieurs années. Les résidents ont possibilité d'utiliser un créneau d'accès à l'espace balnéothérapie au sein [REDACTED] (convention mise à disposition des locaux signé avec le [REDACTED])</p>
<p>2.4.2. <b>Les chambres</b></p> <p>Equipement de la chambre ?</p> <p>Sanitaires et salles de bain individuels</p> <p>Sanitaires et salles de bain communs</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Les chambres sont équipées de lits médicalisés et de rails au plafond. Les résidents peuvent personnaliser leurs chambres avec des photos et des petits meubles non encombrants pour faciliter la circulation dans les chambres.</p> <p>Au sein de chaque unité, il y a des chambres individuelles et des chambres collectives avec 2 voire 3 lits.</p> <p>Dans chaque unité, se trouve 2 salles de bains collectives composé de 3 cabines de douche individuelles et un lit douche.</p>	<p>Les chambres sont équipées de lits médicalisés et de rails au plafond. Les résidents peuvent personnaliser leurs chambres avec des photos et des petits meubles non encombrants pour faciliter la circulation dans les chambres.</p> <p>Au sein de chaque unité, il y a des chambres individuelles et des chambres collectives avec 2 voire 3 lits.</p> <p>Dans chaque unité, se trouve 2 salles de bains collectives composé de 3 cabines de douche individuelles et un lit douche.</p>



## 2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>2.3.1. <b><u>L'état général du bâtiment</u></b></p> <p>Bâtiments, espaces extérieurs et équipement</p>	<p>Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Les locaux sont globalement bien entretenus. Cependant lors de la visite, l'équipe d'inspection a constaté la présence d'un grand miroir cassé, appuyé contre un mur extérieur de l'établissement, ce qui représente un potentiel danger pour les résidents.</p> <p><b>Écart 13 : En ne garantissant pas un accès sécurisé des espaces extérieurs, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</b></p>
<p>2.3.2. <b><u>Le suivi des réparations</u></b></p> <p>Bâtiments, espaces extérieurs et équipement</p>	<p>Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Présence d'agents d'entretiens salariés au sein de la MAS.</p>
<p>2.3.3. <b><u>L'accessibilité PMR des locaux</u></b></p> <p>Bâtiments, espaces extérieurs et équipement</p>	<p>Les locaux sont-ils conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de : - Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptées aux handicaps des personnes accueillies ?</p>	<p>Oui Oui</p>	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.2. Gestion d'information	<p><b>2.2.5. Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</b></p> <p>L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ?</p>	Oui	<p>Les dossiers médicaux « papier » sont conservés dans une armoire sécurisée dans l'infirmerie. Les dossiers médicaux informatisés sont renseignés sur le logiciel [REDACTED]. L'accès à ces dossiers est sécurisé par un identifiant et un mot de passe propre aux personnels soignants et aux équipes éducatives.</p>
2.2. Gestion d'information	<p><b>2.2.6. Le dossier de soins</b></p> <p>Les dossiers informatisés sont-ils accessibles via des codes nominatifs sécurisés ?</p>	Oui	



## 2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.2. Gestion d'information	<p><b>2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u></b></p> <p>Un registre unique du personnel est-il tenu à jour</p>	Oui	
2.2. Gestion d'information	<p><b>2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u></b></p> <p>Le registre des entrées et sorties existe-il ?</p> <p>Le registre des entrées et sortie est-il signé par le maire ?</p>	Partiellement  Non	<p>Il n'existe pas de registre papier signé par la mairie mais l'établissement renseigne les entrées et sorties des résidents directement sur le logiciel [REDACTED]</p> <p><b>Écart 11 : En ne disposant pas de registre des entrées et sorties des résidents signé par le maire, l'établissement contrevient à l'article L331-2 du CASF et R331-5 du CASF.</b></p>
2.2. Gestion d'information	<p><b>2.2.3. <u>Le registre des présences quotidiennes</u></b></p> <p>Un registre des présences est-il tenu à jour quotidiennement ?</p>	Oui	Mais ce registre n'est pas toujours renseigné par les familles le jour de visite.
2.2. Gestion d'information	<p><b>2.2.4. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u></b></p> <p>Un dossier est-il tenu à jour pour chaque usager ?</p>	Partiellement	<p>La mission a consulté 4 dossiers administratifs d'usagers. Aucun de ces dossiers ne comportait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un consentement écrit relatif aux soins, aux interventions ou à la participation aux activités ;</li> <li>• la désignation d'une personne de confiance dans le contrat de séjour ou le DIPC ;</li> <li>• une attestation de remise des documents obligatoires prévus par la loi n°2022-2.</li> </ul> <p><b>Écart 12 : En ne disposant pas du consentement écrit relatif aux soins dans le dossier des usagers, l'établissement contrevient à l'article L.1111-4 du CSP.</b></p> <p><b>Remarque 16 : En ne veillant pas à la complétude des dossiers des usagers, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p>



Sous-thème Icône du point de contrôle	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	<b>2.1.15. Analyse des plannings</b> Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent-ils aux effectifs prévus sur les plannings ?	Oui	
2.1. Gestion des ressources humaines	<b>2.1.16. Les fiches de poste des professionnels</b> Les professionnels disposent-ils de fiches de poste adaptées et signées ? Existe-t-il des fiches de poste ou fiche métier pour les personnels ? Sont-elles adaptées ? - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... ?	Partiellement	Le jour de l'inspection, la direction a remis les fiches de fonctions des professionnels suivants : ergothérapeute, agent de service intérieur (ASI), AES/AMP, agent des services techniques supérieur, agent des services techniques, surveillant de nuit, secrétaires/agent administratif, IDE, moniteur-éducateur, coordinateur unité de vie. En revanche, les fiches de fonctions remis à chaque salarié ne sont pas signées et ne sont pas dans les dossiers des salariés.
2.1. Gestion des ressources humaines	Les fiches de poste comportent-elle : - Description des fonctions, - Lien hiérarchique, - Horaires de travail, - Prévention et gestion des risques en lien avec le poste.	Oui Oui Non Non	<b>Remarque 15 : En ne disposant pas de fiche de fonctions signées, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b>
2.1. Gestion des ressources humaines	<b>2.1.17. Les glissements de tâches</b> Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?	Oui	La mission a constaté que des élèves AES donnaient des médicaments à des résidents lors du temps de repas. <b>Écart 10 : En confiant la distribution des médicaments à des personnels non diplômés et habilités, la direction contrevient à l'article L311-3 du CASF.</b>



Sous-thème JFAS plan	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>■ coordinateurs d'unité (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30 – 14h30 (20min pause)</li> <li>- 7h30 – 17h30 (1H coupure)</li> <li>- 8h – 18h (1H coupure)</li> <li>- 9h30 – 17h30 (1H coupure)</li> <li>- 14h – 21h (20min pause)</li> <li>- 10h – 20h (1H coupure)</li> <li>- 9h30 - 18h (1H pause)</li> </ul> <p>De plus, l'étude des plannings met en évidence que certains salariés travaillant en 12h ont seulement 20 minutes de pause dans la journée ce qui est peu par rapport à la fatigabilité des postes au sein de la MAS.</p> <p><b>Remarque 14 : En ne garantissant pas un temps de pause supérieur à 20 minutes pour des professionnels présents en 12h, l'établissement ne tient pas compte des risques de fatigabilité des professionnels travaillant auprès des résidents au quotidien.</b></p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.14. Les plannings des professionnels</b></p> <p>Les professionnels disposent-ils de leur planning au moins 1 mois à l'avance ?</p> <p>Les plannings comportent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La date,</li> <li>- Le n° de version,</li> <li>- La mention de la qualification des professionnels (IDE, Educateur, faisant-fonction, ...) et de la fonction effectivement assurée (IDE, Educateur, ...),</li> <li>- Les étages / unités d'affectation,</li> <li>- Les temps de travail,</li> <li>- Les temps de pauses,</li> <li>- Les absences et leur motif,</li> <li>- Une légende actualisée.</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui Non Oui Oui Oui Oui Oui Oui</p>	<p>Les plannings sont faits pour 12 semaines et communiqués aux salariés 1 mois à l'avance.</p> <p>Extraction sur ■■■ avec affichage de la date et horaire de l'extraction.</p> <p>Mention de codes horaires définis dans la légende du planning. Mentionné dans la légende du planning. Mentionné dans les codes événements définis dans la légende du planning.</p>



Sous-thème IGAS plén	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Sur les plannings transmis, la mission constate une multitude d'horaires de travail proposés aux salariés ce qui peut complexifier la gestion des ressources humaines et accentuer les difficultés de recrutements.</p> <p>Les horaires de travail des différents professionnels en poste sont les suivants :</p> <p><u>Personnels présents la nuit :</u>  <u>IDE de nuit :</u> 20h - 8h  <u>Veilleurs de nuit (AS, AMP, AES, surveillant de nuit)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20h45 - 7h30 (20min pause)</li> <li>- 20h45 - 7h45 (20min pause)</li> </ul> <p><u>Personnels présents la journée :</u>  <u>IDE de jour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30 - 14h30 (20min de pause)</li> <li>- 8h - 20h (20min de pause)</li> <li>- 8h15 - 20h15 (1H coupure)</li> <li>- 11h30 - 17h30 (20min pause)</li> </ul> <p><u>AS-AES-AMP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7h30 - 14h30</li> <li>- 7h30 - 14h30 (20min coupure)</li> <li>- 7h30 - 16h30 (1H coupure)</li> <li>- 7h30 - 20h30 (1H coupure)</li> <li>- 8h - 15h (1H coupure)</li> <li>- 8h - 20h (20min pause)</li> <li>- 8h - 21h (1H coupure)</li> <li>- 8h30 - 20h30 (1H coupure)</li> <li>- 10h - 21h (1H coupure)</li> <li>- 14h - 21h (20min pause)</li> </ul>



Biosphère ICAS d'Am	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p><b>Jeudi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9h à 10h : réunion équipe soins 1 fois par mois</li> <li>- 10h à 12h : réunion PPA</li> <li>- 19h à 20h45 : réunion équipe de nuit 1 fois par trimestre</li> </ul> <p><b>Vendredi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9h à 11h : retour PPA avec les familles (horaire défini avec les familles)</li> <li>- 11h à 12h : réunion paramédicale + coordonnatrice 1 fois par mois</li> </ul>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.13. L'organisation générale du planning des professionnels</b></p> <p>L'organisation générale (trame) des plannings est-elle formalisée dans un document ?</p> <p>Comment est organisée la planification des professionnels :</p> <p>(Roulement de travail, répartition des professionnels sur la journée, planification des temps de pause, répartition sur la semaine, horaires des professionnels, repos entre 2 prises de poste...)</p>	<p>Oui</p>	<p>Elaboration des plannings sur [REDACTED]</p> <p>Des roulements de travail sont planifiés pour les IDE, AES-AMP intervenant au quotidien auprès des résidents la journée et la nuit avec des temps de repos entre 2 prises de postes.</p> <p>Au jour de l'inspection, il y avait [REDACTED] salariés présents sur site (journée et nuit) répartie ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [REDACTED] directrice</li> <li>- [REDACTED] chef de service éducatif</li> <li>- [REDACTED] agent technique</li> <li>- [REDACTED] secrétaire</li> <li>- [REDACTED] art-thérapeute</li> <li>- [REDACTED] Agents de service intérieur (entretien des locaux)</li> <li>- [REDACTED] IDE la journée</li> <li>- [REDACTED] IDE de nuit</li> <li>- [REDACTED] surveillants de nuit</li> <li>- [REDACTED] coordinateurs unités de vie</li> <li>- [REDACTED] Entre [REDACTED] professionnels AS-AES-AMP au sein de chaque unité de vie (répartie entre des titulaires en CDI et des vacataires en CDD)</li> </ul>



Sous-titres (GAS plan)	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un professionnel ayant une qualification égale ou supérieure ?</p> <p>L'établissement a-t-il mis en place un dispositif d'encadrement et d'intégration des nouveaux salariés ? Des stagiaires ? Des intérimaires ? lesquels ?</p> <p>Les nouveaux arrivants disposent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un identifiant/mot de passe individuel,</li> <li>- D'une fiche de tâches heurées ?</li> <li>- D'un plan de soins (récapitulatif des soins par usager/par unité) ?</li> <li>- Des procédures d'urgences et de soins</li> <li>- De la procédure de signalement,</li> <li>- De la procédure de prescription de contention ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Pas de fiches de tâches heurées mais uniquement des fiches de postes par catégories.</p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.12. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</b></p> <p>Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions d'équipe/service/secteur ;</li> <li>- Réunions Direction/professionnels,</li> <li>- Réunion de direction (direction/chef de service)</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe plusieurs types de réunions planifiées la semaine :</p> <p><b>Lundi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9h : réunion avec le service de maintenance</li> <li>- 10h à 12h : réunion des cadres</li> <li>- 15h - 16h : réunion avec les ergothérapeutes (présence IDE 2 fois par mois)</li> </ul> <p><b>Mardi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11h à 12h : réunion fonctionnement d'unités (animé par les coordinatrices d'unité)</li> <li>- 14h30 à 16h30 : réunion pluridisciplinaire et réunion institutionnelle trimestrielle</li> </ul> <p><b>Mercredi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10h à 11h : point soins par l'équipe IDE</li> <li>- 10h30 à 12h : réunion de coordination</li> <li>- 15h à 16h : réunion équipe entretien 1 fois par mois</li> </ul>



Sous-thème IGAS plan	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Y-a-t-il des formations en internes au sein de la structure ?</p> <p>Y-a-t-il des professionnels en VAE actuellement ?</p> <p>Les professionnels ont-ils accès aux formations relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aux gestes d'urgence (AFGSU),</li> <li>- A la sécurité incendie,</li> <li>- Aux situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU SSE),</li> <li>- A la sécurité et santé mentale du travailleur (issu notamment du DUERP),</li> <li>- A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance,</li> <li>- Aux « comportements problèmes »,</li> <li>- Aux communication alternatives (Makatou, PECS, ...).</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>Lors des entretiens, il a été mentionné que des formations en internes sont organisées par les chefs de services et/ou certains professionnels.</p> <p>■ professionnels en VAE au cours de l'année 2024.</p> <p>Formation sur les TMS en 2024 et 2025.</p> <p>Sensibilisation réalisée au quotidien auprès des salariés sur cette thématique précisé lors des entretiens menés le jour de l'inspection.</p> <p>Pas de formation sur cet item dans le plan de formation 2024 et 2025.</p> <p>Se référer à la remarque 11.</p> <p>Formation sur l'oralité des personnes polyhandicapées en 2024 et 2025 mais le plan de formation transmis ne permet pas de savoir si les communications alternatives sont abordées dans cette formation.</p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.11. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</b></p> <p>Existe-t-il une procédure d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Encadrement et intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service.</p>	<p>Oui</p>	<p>Existence d'un livret d'accueil pour les salariés transmis à la mission, dans lequel figure aussi les modalités de l'intégration progressive en CDI et en CDD long (6 mois et plus).</p> <p>Lors de l'arrivée d'un nouveau salarié en CDI et/ou en CDD long, une période de tuitage est organisée durant les 4 premiers jours et à partir du 5ème jour, le salarié est intégré dans le roulement. Puis des premiers bilans sont organisés au 7ème jour pour les CDD longs et au bout de 15 jours pour les CDI puis des bilans de la période d'essai.</p> <p>Une journée d'intégration associative est aussi proposée au nouveau salarié durant sa première année d'embauche.</p> <p>Lorsqu'un salarié effectue des premières vacances, au sein de la MAS, le salarié est mis en double avec un autre salarié fixe les premiers jours.</p>



Sous-thème ICAE plan	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'original de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route signé par l'employeur et le salarié</li> </ul>	Non	<p>Absence de fiches de poste signées par l'employeur et le salarié dans les dossiers des salariés consultés sur place par la mission d'inspection.</p> <p><b>Remarque 12 : En ne disposant pas de fiches de poste signées et présentes dans les dossiers des salariés, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de formation individuelle ;</li> </ul>	Oui	Présence d'attestations individuelles de formations suivies au cours des années précédentes dans les dossiers des salariés consultés sur place.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien d'évaluation périodique</li> </ul>	Oui	Présence des EPA 2023 et 2024 pour les quelques dossiers des salariés consultés sur place. La campagne des EPA 2025 n'avait pas encore débuté au jour de l'inspection. .
	La consultation des bulletins du casier judiciaire (B3 [privé], B2 [public]) est-elle tracée dans un fichier de vérification ?	Partiellement	Présence des extraits de B3 dans les dossiers des salariés consultés sur place par la mission d'inspection.
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.9. Les intervenants/prestataires externes</b></p> <p>Quels sont les professionnels externes intervenant dans la structure ?</p> <p>Conventions d'exercice libéral pour les</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins libéraux</li> <li>- Kinésithérapeutes</li> <li>- Ergothérapeutes</li> <li>- Psychologues</li> <li>- Psychoomotriciens</li> <li>- Orthophonistes</li> <li>- Diététiciens.</li> </ul>		<p><b>Remarque 13 : En conservant les extraits des B3 dans les dossiers des salariés, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la CNIL.</b></p> <p>Médecin, ostéopathes, kinésithérapeutes, psychomotriciens.</p> <p>Conventions signées avec un psychomotricien, ostéopathe et kinésithérapeute.</p> <p>La mission a constaté la présence [redacted] intervenant au sein de l'établissement. Toutefois, aucune convention formalisant cette collaboration n'a été transmise.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.10. Le plan de formation des professionnels</b></p> <p>Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ?</p>	Oui	Existence de plans de formations annuels en 2024 et 2025.



Sous-thème ICAFS plan	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Quel est le taux d'absentéisme sur les 12 derniers mois ?</p> <p>Comparatif du taux d'absentéisme sur les 3 dernières années ?</p> <p>Quels sont les motifs d'absentéisme et leur proportion ?</p>		<p>Le taux d'absentéisme en 2024 est de [REDACTED]</p> <p>2023 : [REDACTED]</p> <p>2022 : [REDACTED]</p> <p>2021 : [REDACTED]</p> <p>Formations [REDACTED] maladie [REDACTED] congé parental [REDACTED] accident de travail [REDACTED] et absence injustifiée [REDACTED]</p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.7. Le taux de rotation des professionnels</b></p> <p>Le taux de rotation des professionnels excède-t-il le taux médian régional ?</p> <p>Quelle est la proportion de rotation du personnel sur les 12 derniers mois ?</p> <p>Comparatif de la proportion de rotation sur les 3 dernières années ?</p>	<p>Non</p>	<p>Le taux de rotation des professionnels médian régional en 2023 pour les MAS est de [REDACTED]</p> <p>Le taux de rotation du personnel en 2024 est de [REDACTED]</p> <p>2023 : [REDACTED]</p> <p>2022 : [REDACTED]</p> <p>2021 : [REDACTED]</p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.8. Les dossiers administratifs des professionnels</b></p> <p>Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrat d'embauche et les éventuels avenants ;</li> <li>- Diplôme ;</li> </ul> <p>Les professionnels ont-ils tous un diplôme correspondant à leur fonction ?</p> <p>- Inscription à l'Ordre ;</p>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>Dans la fiche de poste de coordinateur d'unité, il est demandé que le professionnel soit titulaire d'un diplôme d'éducateur spécialisé ou en cours d'acquisition.</p> <p>Or l'étude des documents met en évidence que sur les [REDACTED] postes de coordinateurs d'unité de vie, [REDACTED] professionnel est détenteur de ce diplôme. Les autres professionnels sont [REDACTED] et ne sont pas engagés dans un parcours de formation pour l'obtention de ce diplôme d'éducateur spécialisé.</p> <p><b>Écart 9 : En ne disposant pas de professionnels diplômés en rapport avec leurs fiches de poste, l'établissement contrevient à l'article L.311-3 du CASF.</b></p> <p>Preuve de l'inscription à l'ordre des IDE [REDACTED]</p>



Sous-thème LEAS plan 2.1. Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p><b>2.1.4. Les postes vacants sur la structure</b></p> <p>Y a-t-il des postes vacants sur la structure ? Quels sont les profils et l'effectif des postes vacants au jour de l'inspection ?</p>	Oui	<p>Les postes vacants au sein de la structure sont les suivants :</p> <p>AS-AES-AMP : ■ postes vacants dont ■ sur unité OSLO, ■ sur l'unité BALI, ■ sur l'unité RIO et 3 sur l'unité TOKYO</p> <p>Surveillant de nuit : ■ postes vacants.</p> <p>IDE : ■ postes vacants dont ■ poste IDE de nuit et ■ poste IDE de jour.</p> <p>Paramédical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ■ de psychomotricien (compensé par une convention avec une psychomotricienne libérale).</li> <li>- ■ de psychologue</li> <li>- ■ de kinésithérapeute (compensé par une convention avec des kinés libéraux)</li> </ul> <p><b>Écart 8 :</b> En ne recrutant pas l'ensemble des postes prévus, l'établissement contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF.</p> <p>Recours à des vacataires, des intérimaires, et heures supplémentaires pour les salariés titulaires.</p>
	<p><b>2.1.5. Les contrats de travail</b></p> <p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nombre respectif au jour de l'inspection ?</p> <p>La proportion d'ETP en CDD et intérimaires est-elle &lt; à 50% des ETP en CDI ?</p>	Oui	<p>Au sein de la MAS, il y a des CDI, CDD court ou long et des intérimaires</p> <p>Des CDI avec une clause spécifique de réussite de la formation AES dans un délai de 3 ans sont signés avec les salariés recrutés en candidat élève AES.</p> <p>Au jour de l'inspection, il y avait ■ salariés en CDI et ■ en CDD.</p> <p>Sur l'organigramme transmis, la MAS emploie ■ de professionnels tout contrats confondus.</p> <p>La part des salariés en CDI est supérieure à la part des CDD.</p>
	<p><b>2.1.6. Le taux d'absentéisme des professionnels</b></p> <p>Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ?</p>	Non	<p>Le taux d'absentéisme médian régional en 2023 pour les MAS est de ■</p>



Sous-thème IGAS plan	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide-soignant</li> <li>- Auxiliaire de puériculture</li> <li>- Un psychologue</li> </ul> <p>En fonction des besoins des adultes et des équipes de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'autres médecins qualifiés spécialistes ou compétents ;</li> <li>- Un diététicien ;</li> <li>- Des rééducateurs divers.</li> </ul> <p>Recours à des intervenants extérieurs par convention ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Mais présence en majorité d'AMP et d'AES pour accompagner les résidents au quotidien.</p> <p>Non concerné car il s'agit d'un établissement accueillant des adultes.</p> <p>■■■■ prévu mais poste vacant au jour de l'inspection.</p> <p>En raison de la pathologie des résidents, le recours à des médecins spécialistes se fait via les consultations de suivi dans les établissements sanitaires spécialisés de la région Ile-de-France.</p> <p>Recours au diététicien de la société prestataire ■■■■</p> <p>Ostéopathe.</p>
<p>2.1- Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.2. Qualifications</b></p> <p>Les personnels sont-ils qualifiés ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Au jour de l'inspection, la mission a constaté la présence de personnels non qualifiés. En effet, certains salariés sont en cours de formation et recrutés en tant que candidat élève AES mais d'autres sont recrutés sous le même statut et ne sont pas engagés dans la formation d'AES ou AS.</p> <p><b>Écart 7 : En ne disposant pas de personnels qualifiés ou répondant aux critères du statut de contrat élève AES, l'établissement contrevient à l'article L312-1 du CASF.</b></p>
<p>2.1- Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.3. Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure</b></p> <p>La structure comporte-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistant de service social ;</li> <li>- Secrétariat ;</li> <li>- Direction, DRH ;</li> <li>- Equipe d'entretien ;</li> <li>- Equipe cuisine.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Mais ■■■■ est mise à disposition pour l'ensemble des ESMS du gestionnaire.</p> <p>■■■■ ETP.</p> <p>■■■■ ETP composé d'■■■■ directrice et ■■■■ chefs de service.</p> <p>■■■■</p> <p>Prestation externe pour les repas via ■■■■</p>



## 2. Fonctions support

### 2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-titres IGAS plain 2.1. Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1.1. <u>Profil et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u> <sup>4</sup>	<p>La composition de l'équipe pluriprofessionnelle répond-elle aux exigences réglementaires ?            Professions de santé mobilisées ?            Pluridisciplinarité avec des compétences dans les domaines médical, paramédical ? Des intervenants extérieurs par convention ?            Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comportent au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médecin de médecine physique et de rééducation fonctionnelle ;</li> <li>- Un pédiatre ;</li> <li>- Un psychiatre ;</li> </ul> <p>Ainsi que des membres des professions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinésithérapeute ;</li> <li>- Ergothérapeute ;</li> <li>- Psychomotricien ;</li> <li>- Orthophoniste ;</li> <li>- Infirmier.</li> </ul>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Certains postes rappelés dans l'article D344-5-13 du CASF ne sont pas pourvus mais sont mis en place par le biais de conventions avec des intervenants libéraux.</p> <p>Recours à des médecins spécialisés exerçant dans des établissements sanitaires dans lesquels les résidents ont leurs suivis.            Non concerné car il s'agit d'un établissement accueillant des adultes.</p> <p>██████████ pourvu via une convention avec des kinésithérapeutes libéraux.            ██████████            ██████████ pourvu via une convention avec un psychomotricien en libéral.</p> <p>██████████ dont ██████████ ETP IDE de jour et ██████████ ETP IDE de nuit.</p>

<sup>4</sup> Article D344-5-14

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

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

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

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



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion des risques, des crises et des EI	<p><b>1.4.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u></b></p> <p>Une procédure de suivi et d'analyse des EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-elle formalisée ?</li> <li>- Un retour est-il fait aux déclarant ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	
1.4. Gestion des risques, des crises et des EI	<p><b>1.4.5. <u>Le signalement des EI aux autorités administratives compétentes</u></b></p> <p>Les EI sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ?</p>	<p>Oui</p>	



## 1.4. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>1.4. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p>	<p><b>1.4.1. La direction</b></p> <p>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 ?</p>	<p>Oui</p>	
<p>1.4. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p>	<p><b>1.4.2. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</b></p> <p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ?</p> <p>Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ;</li> <li>- De la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	
<p>1.4. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p>	<p><b>1.4.3. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</b></p> <p>Les procédures de déclaration en interne d'événement indésirables sont-elles connues des professionnels ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>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) ?</p> <p>Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des procédures de gestion des comportements problème ;</li> <li>- Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;</li> <li>- Par la sensibilisation et la formation ;</li> <li>- Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs ;</li> </ul> <p>Le PPA des usagers présentant un « comportement problème » est-il régulièrement actualisé ? (Bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.)</p> <p>Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ?</p>	<p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Il n'existe pas de procédure spécifique sur la gestion des comportements problèmes mais l'établissement a élaboré une procédure de surveillance de l'isolement d'un résident datant de mai 2025 et une procédure sur les contentions datant de février 2025.</p> <p>Se référer la remarque 11.</p> <p>Il n'existe pas de salle de calme retrait au sein de la MAS. En cas de crise, le résident est reconduit dans sa chambre pour un temps d'isolement.</p>
<p>1.3. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.3.11. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</b></p> <p>Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ARS ;</li> </ul>	<p>Non</p>	<p><b>Écart 5 : En ne disposant pas de procédure de déclaration en cas de maltraitance auprès des autorités compétentes, l'établissement contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 du CASF.</b></p>
	<p>Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ?</p>	<p>Non</p>	<p>Le document « Procédures plaintes et réclamations » ne précise pas la protection en cas de témoignage.</p>
	<p>En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ?</p>	<p>Oui</p>	<p><b>Écart 6 : En n'informant pas de la protection des professionnels en cas de témoignage ou de signalements d'actes de maltraitance, l'établissement contrevient à l'article L313-24 du CASF.</b></p>



Sous-titres IREAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En sensibilisant, informant et formant le personnel, et en organisant l'analyse de leur pratique ;</li> <li>- En organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et infirmiers pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ;</li> <li>- En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PPA.</li> </ul> <p>Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;</li> <li>- Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ;</li> <li>- Par des actions de prévention de l'usure professionnelle</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Lors des entretiens, il a été précisé que des groupes d'analyses des pratiques (GAP) abordant la promotion de la bientraitance sont mises en place.</p> <p>Des formations et des GAP sont organisés sur les TMS, PRAP 2S et des roulements de planning sont effectuées pour limiter l'usure professionnelle.</p>
<p>1.3. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.3.9. La bientraitance en pratique</b></p> <p>Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ?</p> <p>Des temps de supervision et/ou d'analyses de pratiques ont-ils été mis en place au sein de l'établissement ?</p> <p>Affichage du numéro d'appel national 3977 « Agir contre les maltraitements des personnes âgées et des adultes en situation de handicap » ? Est-il mentionné dans le livret d'accueil de la MAS ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Remarque 10 : En n'affichant pas le numéro d'appel national 3977 et en ne le mentionnant pas dans le livret d'accueil, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.</p>
<p>1.3. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.3.10. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels</b></p> <p>La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?</p>	<p>Non</p>	<p>Remarque 11 : En ne formalisant pas la procédure de gestion des comportements problèmes dans le projet d'établissement, et en ne réalisant pas de sensibilisation et de formation sur la gestion des comportements problèmes auprès des professionnels, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.5. L'auto-évaluation</b></p> <p>Le gestionnaire concoure-t-il à la mise en place de procédures de contrôle interne et à l'exécution de ces contrôles ;</p>	Oui	
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.6. L'évaluation externe</b></p> <p>Une évaluation externe a-t-elle été réalisée dans les 5 dernières années ?</p> <p>Le gestionnaire concoure-t-il à la réalisation des évaluations ?</p> <p>Les actions engagées à la suite du rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACC) et dans le RAA ?</p> <p>L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Évaluation réalisée le 4 et 5 novembre 2024 et rapport d'évaluation transmis le 26 décembre 2024 à l'ARS.</p>
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.7. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</b></p> <p>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 ?</p>	Oui	
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.8. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</b></p> <p>L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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. ;</li> <li>- En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ;</li> <li>- En nommant un référent bientraitance ;</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Se référer à la remarque 9.</p> <p>■ a précisé qu'il existait un référent bientraitance mais ce dernier n'est pas mentionné dans les documents fournis par l'établissement et n'est pas connu des équipes.</p>



### 1.3. Gestion de la qualité

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.1. La direction</b></p> <p>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 ?</p>	Oui	
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.2. Le responsable qualité</b></p> <p>Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?</p>	Oui Oui	La responsable qualité est désignée et travaille au siège de l'association.
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.3. Les professionnels référents</b></p> <p>Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ?</p> <p>Sont-ils connus de l'ensemble des professionnels ?</p>	Oui  Non	<p>Les thèmes sont les suivants et sont regroupés par professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IDE : Référence logiciel [REDACTED] appui technique sur les outils informatiques, suivi stomatologie résidents et prévention bucco-dentaire</li> <li>- IDE : Référence suivi stagiaires infirmiers, lien avec les IFSI, référence polyhandicap</li> <li>- IDE : Référence projet [REDACTED] référence douleur et soins palliatifs</li> <li>- IDE : Référence diététique / suivi nutritionnel résidents</li> <li>- Ergothérapeute : Référence installation résidents, appareillage, aides techniques</li> <li>- Ergothérapeute : Référence oralité pour les résidents, suivi nutritionnel/diététique</li> </ul> <p>Selon les entretiens, tous ne sont pas au fait de la présence de référents thématiques et de leur référence.</p> <p><b>Remarque 9 :</b> En ne diffusant pas la connaissance des référents thématiques auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.</p>
1.3. Gestion de la qualité	<p><b>1.3.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</b></p> <p>Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Les actions du PACQ sont-elles suivies (non discontinuées) ?</p>	Oui Oui	



Sous-thème ICRS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner un avis et faire des propositions sur le fonctionnement de la structure ? (droit et liberté, organisation intérieure, vie quotidienne, activités, prestations, projet de travaux et d'équipement, prix des services, l'entretien des locaux, l'animation, les conditions de prises en charge)</li> <li>- Associer à la révision du PE, notamment en matière politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ?</li> <li>- Être entendu lors de la procédure d'évaluation et être informé des résultats et être associé aux mesures correctrices à mettre en place ?</li> <li>- Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ?</li> </ul> <p>Les événements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	
<p>1.2. Animation et fonctionnement des instances</p>	<p><b>1.2.2. Les enquêtes de satisfaction</b></p> <p>Existe-t-il une enquête de satisfaction sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité de l'hébergement ?</li> <li>- La restauration ?</li> <li>- La qualité de l'entretien des locaux ?</li> <li>- La qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La direction a remis uniquement les résultats de la dernière enquête de satisfaction reprenant les grands items sans précisions sur les questions posées dans l'enquête. Partant de cela, la mission ne peut pas constater si une enquête de satisfaction sur la restauration a été menée auprès des résidents et familles. Se référer à la remarque 22.</p>



## 1.2. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2 Animation et fonctionnement des instances	<p><b>1.2.1. Le CVS</b></p> <p>Un CVS existe-il ?</p> <p>Le CVS se réunit au moins trois fois par an ?</p> <p>L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ?</p>	Oui	
	<p>La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux représentants des personnes accompagnées ;</li> <li>- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ;</li> <li>- Un représentant de l'organisme gestionnaire.</li> </ul>	Oui	
	<p>Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;</li> <li>- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.</li> </ul>	Oui	
	<p>L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux sont supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.</p>	Oui	
	<p>La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?</p>	Oui	<p>Dans l'organigramme du CVS affiché, il est mentionné la présence d'un représentant de salarié qui fait partie de l'équipe soignante.</p>
	<p>Le règlement intérieur du CVS mentionne un délai de prévenance de 8 jours pour les convocations et l'ordre du jour.</p>	Non	<p><b>Écart 4 : En ne respectant pas le délai de prévenance fixé à 15 jours avant la tenue de la commission du CVS pour la transmission de l'ordre du jour et du dernier compte-rendu de CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-16 du CASF.</b></p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A quel niveau d'ETP ?</li> <li>- Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ?</li> </ul> <p>Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?</p>	Partiellement	<p>■ ETP.</p> <p>Diplôme éducateur spécialisé et CAFERUIS. Fiche de fonction non signée et datée.</p> <p><b>Remarque 7 :</b> En ne faisant pas signer la fiche de fonction ■ chef de service éducatif encadrant l'équipe éducative, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.17. Les conflits entre direction et salariés</b></p> <p>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, ...)</p>	Non	
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.18. Les affichages</b></p> <p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dernière enquête de satisfaction</li> <li>- Règlement de fonctionnement</li> <li>- Charte des droits et libertés de la personne accueillie</li> <li>- Arrêté d'autorisation</li> <li>- Horaires d'ouverture de la structure</li> <li>- Arrêté de dotation globale</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p><b>Écart 3 :</b> En n'affichant pas la dernière enquête de satisfaction et le règlement de fonctionnement, le gestionnaire contrevient aux dispositions des articles D311-15 (III) ; R311-34 et L226-8 du CASF.</p> <p><b>Remarque 8 :</b> En n'affichant pas l'arrêté d'autorisation, les horaires d'ouverture de la structure et l'arrêté de dotation globale, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p>



Sous-système (GAS)	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.13. Les astreintes administratives</b></p> <p>Une astreinte de direction est-elle mise en place la nuit ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Les réunions avec les cadres tous les lundis de 10h à 12h</li> </ul> <p>Lors des entretiens, il a été mentionné que des comptes-rendus de ces CODIR et temps de réunions sont élaborés mais n'ont pas été communiqués à la mission. Il conviendra à la direction de l'établissement de transmettre les comptes-rendus lors de la procédure contradictoire.</p>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.14. Les astreintes techniques</b></p> <p>Une astreinte technique est-elle mise en place la nuit ?</p>	Oui	<p>Les astreintes de direction sont assurées du lundi 18h au lundi suivant à 9h.</p>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</b></p> <p>Un professionnel encadre-t-il l'équipe soignante ?</p>	Oui	<p>L'astreinte technique est assurée par le cadre d'astreinte qui couvre aussi la nuit.</p> <p>professionnels encadrent l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>██████████ : responsable des AES-AMP, moniteur-éducateur et des coordinateurs unité de vie.</li> <li>██████████ : responsable des IDE, surveillant de nuit et agent de service intérieur.</li> </ul>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</b></p> <p>Un professionnel encadre -t-il l'équipe éducative ?</p>	Partiellement	<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A quel niveau d'ETP ?</li> <li>- Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ?</li> <li>- Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...)?</li> </ul> <p>ETP (██████████ par chef de service) : diplôme IDE et CAFERUIS</p> <p>██████████ : diplôme éducateur spécialisé et CAFERUIS</p> <p>Une fiche de fonction cadre de santé et une fiche de fonction chef de service éducatif ont été élaborées et transmises mais elles ne sont pas signées et datées. Par ailleurs, la mention des horaires ne figure pas dans les fiches de postes car les chefs de service sont en forfait jour.</p> <p><b>Remarque 6 : En ne faisant pas signer la fiche de fonction des chefs de service encadrant l'équipe soignante, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</b></p> <p>Un professionnel encadre -t-il l'équipe éducative ?</p>	Oui	<p>██████████</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.10. Les délégations au directeur</b></p> <p><b>ESSMS privé</b></p> <p>Le document unique de délégation (DUD) a-t-il été envoyé à l'ARS ?</p>	Partiellement	<p>La mission constate que le DUD pour le directeur de l'établissement n'est pas nominatif ni signé ce qui peut être contesté en cas de litige.</p> <p><b>Remarque 4 : En ne disposant pas d'un DUD nominatif et signé pour la direction de l'établissement, le gestionnaire contrevient aux respect réglementaires et jurisprudentiels issus du droit public et du droit du travail.</b></p>
1.1. Management et Stratégie	<p>Le document unique de délégation (DUD) précise-t-il la nature et l'étendue de la délégation, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service</li> <li>- La gestion et l'animation des ressources humaines ;</li> <li>- La gestion budgétaire, financière et comptable ;</li> </ul>	Oui Oui Oui	
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.11. Les subdélégations du directeur</b></p> <p>Quelle est l'organisation du pouvoir de subdéléguer sa signature ?</p>	Partiellement	<p>La subdélégation est accordée aux [redacted] chefs de service de l'établissement et [redacted] SAMSAAH.</p> <p>La direction a uniquement remis à la mission la subdélégation auprès [redacted] qui date du 25 juin 2025 et qui n'est pas signée. Il manque les subdélégations auprès des autres chefs de service.</p> <p><b>Remarque 5 : En ne disposant pas de la totalité des subdélégations du directeur auprès des chefs de service qui devront être signées, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.12. Les CODIR / COMEX / COPIL</b></p> <p>Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COPIL (réunions des cadres de la structure) (fréquence, participant, rédaction et diffusion CR)</p>		<p>Il existe différents temps de réunions à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CODIR élargi (à minima 3 par an)</li> <li>▪ CODIR opérationnel (1 fois par mois)</li> <li>▪ CODIR stratégique avec la direction générale (1 fois par an)</li> </ul>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aux modalités d'intervention coordonnées ;</li> <li>- Au choix et au financement des systèmes d'information</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	
<p>1.1. Management et Stratégie</p>	<p><b>1.1.7. <u>Directeur : contrat et fiche de poste</u></b></p> <p>Quelle est la date de prise de fonction du directeur ?</p> <p>Quel est l'ETP du directeur au sein de la structure ?</p> <p>Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ?</p> <p>Si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ETP</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>19 septembre 2023.</p> <p>MAS et le SAMSAH.</p> <p>Existence d'une fiche de mission mise à jour en 2022 mais non signée accompagnée d'une feuille de route 2023-2024 uniquement signée par la direction.</p> <p><b>Remarque 3 : En ne faisant pas signer la fiche de mission du directeur, le gestionnaire ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p>
<p>1.1. Management et Stratégie</p>	<p><b>1.1.8. <u>Directeur : qualifications</u></b></p> <p>Quelles sont les qualifications du directeur ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Master MOSS</p> <p>CAFERUIS</p>
<p>1.1. Management et Stratégie</p>	<p><b>1.1.9. <u>Le remplacement de la direction</u></b></p> <p>Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Par les chefs de services de la MAS et du SAMSAH sur les missions transversales.</p> <p>Sur les missions de directeur, l'organisation est assurée par la direction générale [REDACTED]</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.4. Le plan bleu</b></p> <p>Le plan bleu existe-il ?</p> <p>Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ?</p> <p>Le plan bleu contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;</li> <li>- Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;</li> <li>- Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;</li> <li>- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;</li> <li>- Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles ;</li> <li>- Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Transmission du plan bleu juin 2025.</p> <p>La mission a constaté un différentiel entre les moyens matériels prévus dans le plan bleu et ceux présents dans l'infirmerie (bouteille O2, extracteur et sac de secours).</p> <p>Dans le plan bleu, la mission constate l'absence de plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.</p> <p><b>Écart 2 : En ne disposant pas de plan de formation des personnels aux situations sanitaires exceptionnelles dans le plan bleu, l'établissement contrevient à l'article R311-38-1 du CASF.</b></p>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.5. L'organigramme</b></p> <p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p> <p>L'organigramme est-il à jour ?</p> <p>L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p><b>Remarque 2 : En n'affichant pas l'organigramme, le gestionnaire ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</b></p>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.6. Relations entre le gestionnaire et le directeur</b></p> <p>Le gestionnaire concourt-il à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement</li> <li>- A l'adaptation des moyens de la structure</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ;</p> <p>6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;</p> <p>7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 du CASF ;</p> <p>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 ;</p> <p>9° Prévoit les modalités d'élaboration d'accès et de transmission des documents mentionnés à l'article D. 344-5-8 du CASF.</p> <p>Le projet d'établissement contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement ;</li> <li>- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ;</li> <li>- Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ;</li> <li>- Les critères d'évaluation et de qualité voire les mesures du CPOM ?</li> <li>- Le PE comporte-t-il un volet dédié à l'hébergement temporaire ?</li> <li>- Un volet dédié aux soins est-il élaboré dans le projet d'établissement ? Si oui, définit-il les axes prioritaires en matière de coordination des soins dans la structure ?</li> <li>- Le projet de soins comporte-t-il un projet médical/de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>La mission constate que la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes n'est pas du tout abordée dans le projet d'établissement alors que la MAS accueille aussi quelques personnes handicapées vieillissantes.</p> <p><b>Remarque 1 : En ne comportant pas un projet médical/de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes malgré le vieillissement des résidents de la MAS, l'établissement ne prend pas en compte les recommandations de la HAS « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » - mars 2015 »</b></p>



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les conséquences de violence sur autrui ;</li> <li>- Les prescriptions d'hygiène de vie ;</li> </ul> Périodes d'ouverture de l'établissement ?	Oui Oui	La MAS est ouverte 365 jours par an.
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.2. Le projet d'établissement (PE)</b></p> <p>Le projet d'établissement existe-t-il ?</p> <p>Le projet d'établissement est-il est cours de validité ?</p> <p>Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ?</p> <p>Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ?</p> <p>Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ?</p> <p>Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ?</p>	Oui Oui Oui Oui Oui Non	Projet d'établissement 2024-2029 en cours de validité.  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Écart 1 : En n'affichant pas le projet d'établissement dans la structure, l'établissement contrevient à l'article D311-38-4 du CASF.</b> </div>
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.3. Le projet d'établissement : contenu</b></p> <p>Les points suivants figurent-ils dans le projet d'établissement ?</p> <p>1° Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ;</p> <p>2° Détaille les caractéristiques générales des accompagnements et prestations mis en œuvre par l'établissement ou le service qui constituent le cadre de référence des actions de soutien médico-social et éducatif prévues par le contrat de séjour visé à l'article D. 344-5-4 du CASF.</p> <p>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 ;</p> <p>4° Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ;</p>	Oui Oui Oui Oui	



# 1. Gouvernance

## 1.1. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1. Management et Stratégie	<p><b>1.1.1. Le règlement de fonctionnement</b></p> <p>Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?</p> <p>Date-t-il de moins de 5 ans ?</p> <p>Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?</p> <p>Est-il remis aux usagers et professionnels ?</p> <p>Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;</li> <li>- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;</li> <li>- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées.</li> <li>- Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur</li> <li>- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le règlement de fonctionnement a été mis à jour en mars 2021.</p> <p>Cependant la mission constate que dans le règlement de fonctionnement, il apparaît l'ancien arrêté de désignation des personnes qualifiées qui n'est plus à jour à la suite du nouvel arrêté de désignation en date de 2025.</p> <p>Il conviendra d'actualiser le règlement de fonctionnement pour prendre en compte cette évolution et son actualisation comme le prévoit l'article R311-33 du CASF.</p>



La MAS est de plein pied, elle dispose d'un accueil donnant accès à l'espace administratif (bureau des professionnels) situé à droite du bâtiment et à l'infirmerie situé à gauche de l'accueil.

Au sein de la MAS, il y a des espaces d'activités et 4 unités de vie offrant chacune 7 chambres (individuelles et/ ou collectives) avec un espace salle à manger adossé à une cuisine pédagogique, un salon spacieux favorisant la convivialité donnant accès à des espaces extérieurs délimités et ombragés et 2 salles de bains collectives dans chaque unité. Les 4 unités sont réparties ainsi :

- Unité 1 OSLO : dédié pour des résidents ayant le plus besoin d'aide et de médicalisation
- Unité 2 BALI
- Unité 3 RIO
- Unité 4 TOKYO

Entre les 4 unités se trouve une grande salle d'activité servant aussi pour l'accueil des externes le matin avant qu'il intègre les unités de vie.

Un espace buanderie est présent pour la gestion du linge des résidents en internat et une cuisine centrale est installée et permet au prestataire [REDACTED] de préparer l'ensemble des repas des résidents accueillis au sein des ESMS de l'association les Tout Petits.

Le budget de fonctionnement est de [REDACTED] au 1<sup>er</sup> janvier 2024 dont [REDACTED] au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 20/12/2022 et les objectifs du CPOM portent sur les axes suivants :

- Développer le réseau partenarial
- Intégrer le déploiement de la réponse accompagnée pour tous
- Optimiser l'activité
- La gestion des ressources humaines
- La mise en place de la réforme des autorisations
- La mutualisation et la restructuration
- Faciliter et fluidifier l'accès aux soins
- L'accompagnement et notamment les PHV
- L'insertion en milieu ordinaire scolaire et professionnel
- La qualité de la prise en charge concernant les handicaps rares, le polyhandicap et les TSA

### **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.



### Présentation de l'établissement inspecté :

L'établissement dont la raison sociale est MAS LES TOUT PETITS

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	ASSOCIATION LES TOUT PETITS
Adresse de l'organisme :	5 rue de Cernay
Complément :	
Code postal et Ville :	91 470 LES MOLIERES
Courriel :	<a href="mailto:direction.generale@lestoutpetits.fr">direction.generale@lestoutpetits.fr</a>
Téléphone fixe :	01 60 12 12 10
Téléphone portable :	
Site internet	<a href="https://association-les-tout-petits.org/">https://association-les-tout-petits.org/</a>
Nombre d'ESSMS gérés	9 en Ile de France (2 IME, 1 EEP, 2 SESSAD, 1 CAFS, 1 SAMSAH et 2 MAS)

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	71 rue de Cernay
Complément :	
Code postal et Ville :	91 470 LES MOLIERES
Courriel :	<a href="mailto:masmolieres@lestoutpetits.fr">masmolieres@lestoutpetits.fr</a> ou <a href="mailto:s.beaulieu@lestoutpetits.fr">s.beaulieu@lestoutpetits.fr</a>
Téléphone fixe :	01 60 12 07 33
Téléphone portable :	/

Type de structure				
Type d'établissement / service :	Maison d'Accueil Spécialisée			
Date d'ouverture :	02/05/2000			
Numéro FINESS :	Géographique :	910002732	Juridique :	910707769
Statut juridique de l'entité juridique	Privé non lucratif			
Option tarifaire :	Dotation globalisée			
Date du CPOM (mm/aaaa) :	20/12/2022			
Présence d'une PUI <sup>3</sup> :				

La MAS dispose d'une autorisation d'accueil et accompagnement spécialisé personnes handicapés (polyhandicap) de :

- 40 places en hébergement complet avec internat
- 4 places en externat
- 2 places en accueil urgence et/ou répit

<sup>3</sup> PUI : Pharmacie à usage intérieur



# Introduction

## Contexte de la mission d'inspection

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « les Tout Petits » située au 71 bis rue de Cernay aux Molières (91 470), FINESS ET n°910002732, gérée par l'association « LES TOUT PETITS » 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 6 places d'externat.

Cet établissement, qui fait l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été inscrit au programme 2025 d'inspection des ESMS avec internat de la Délégation départementale de l'Essonne.

Dans ce contexte, sur le fondement de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, le Directeur de la Délégation départementale de l'Essonne de l'ARS Ile-de-France a décidé de diligenter une inspection de la MAS « les Tout Petits » 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 s'inscrivant dans la prévention de la lutte contre les maltraitances
- 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'inspection<sup>1</sup> est composée de :

- Madame [REDACTED], inspectrice ICARS désignée au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, ARS Ile-de-France
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France
- Madame [REDACTED], désignée personne qualifiée par l'ARS
- Madame [REDACTED], désignée personne qualifiée par l'ARS

Le contrôle a été réalisé sur site le 17 juin 2025 de manière inopinée<sup>2</sup>. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

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

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

---

<sup>1</sup> Cf. la lettre de mission en annexe 1.

<sup>2</sup> Sans annonce préalable à l'établissement



## SYNTHESE

### Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le programme national d'inspection et de contrôle « Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap avec hébergement / internat. » 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 ».

### Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, par les services de l'Agence Régionale de Santé, Délégation départementale de l'Essonne.

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 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 et prévention de lutte contre les maltraitances
  - o Organisation de la prise en charge
  - o Les projets individualisés d'accompagnement
  - o Respect du droit des personnes
  - o Vie sociale et relationnelle
  - o Vie quotidienne et hébergement
  - o L'alimentation
  - o Soins
- Prise en charge médicamenteuse des résidents
- Relations avec l'extérieur
  - o L'environnement
  - o Coordination avec les autres secteurs



3.7.7.2. Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...)	59	
3.7.8. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	59	
3.7.9. Les procédures et protocoles	59	
3.7.9.1. Le traitement de la crise épileptique	59	
3.7.9.2. La prévention des escarres	59	
3.7.9.3. Le traitement de la douleur	60	
3.7.9.4. Les soins palliatifs	60	
3.7.9.5. Les contentions	60	
<b>3.8. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament</b>		<b>61</b>
3.8.1. Le circuit du médicament	61	
3.8.2. Prescription	61	
3.8.3. Livraison	61	
3.8.4. Dispensation	61	
3.8.5. Stockage	62	
3.8.6. Distribution et administration	63	
<b>4. Relations avec l'extérieur</b>		<b>66</b>
<b>4.1. Environnement</b>		<b>66</b>
4.1.1. Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)	66	
4.1.2. L'insertion de la structure dans le territoire	66	
<b>4.2. Coordination avec les acteurs de soins</b>		<b>66</b>
<b>5. Récapitulatif des écarts et des remarques</b>		<b>69</b>
<b>5.1. Écarts</b>		<b>69</b>
<b>5.2. Remarques</b>		<b>71</b>
<b>6. Conclusion</b>		<b>73</b>
<b>7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport</b>		<b>77</b>
<b>8. Annexes</b>		<b>79</b>
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	79	
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	82	
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers avec lesquels la mission s'est entretenue	85	
Annexe 4 Tableau RH renseigné	86	



<b>2.2. Gestion d'information</b>		<b>37</b>
2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP)		37
2.2.2. Le registre des entrées et sorties des usagers		37
2.2.3. Le registre des présences quotidiennes		37
2.2.4. Le support et le contenu des dossiers des usagers		37
2.2.5. Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers		38
2.2.6. Le dossier de soins		38
<b>2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements</b>		<b>39</b>
2.3.1. L'état général du bâtiment		39
2.3.2. Le suivi des réparations		39
2.3.3. L'accessibilité PMR des locaux		39
<b>2.4. Locaux et équipements</b>		<b>40</b>
2.4.1. Fonctionnalité et hygiène des locaux		40
2.4.2. Les chambres		40
2.4.3. La circulation dans les locaux		41
2.4.4. La salle d'apaisement		42
<b>2.5. Sécurité</b>		<b>42</b>
2.5.1. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)		42
2.5.2. L'aide à la prévention des chutes		42
2.5.3. La prévention des fugues		42
2.5.4. PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public		42
<b>3. Prises en charge et prévention de la lutte contre les maltraitances</b>		<b>43</b>
<b>3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</b>		<b>43</b>
3.1.1. L'admission		43
3.1.2. Le contrat de séjour		43
3.1.3. Le livret d'accueil		44
3.1.4. Les médecins traitants		44
3.1.5. Les transmissions inter équipes		45
<b>3.2. Les projets personnalisés d'accompagnements</b>		<b>46</b>
3.2.1. Les Projets personnalisés d'accompagnement (PPA) :		46
<b>3.3. Respect des droits des personnes</b>		<b>47</b>
3.3.1. Les personnes qualifiées départementales		47
3.3.2. La personne de confiance des usagers		47
3.3.3. L'identification des usagers (identitovigilance)		47
3.3.4. Les mesures de protection des biens		47
<b>3.4. Vie sociale et relationnelle</b>		<b>48</b>
3.4.1. Relations avec les familles		48
3.4.2. Vie relationnelle, affective et sexuelle		48
<b>3.5. Vie quotidienne et hébergement</b>		<b>49</b>
3.5.1. Le suivi de l'hygiène corporelle		49
3.5.2. Les changes		49
3.5.3. Le circuit du linge		49
3.5.4. Les activités proposés		50
<b>3.6. L'alimentation</b>		<b>51</b>
3.6.1. La conception des repas		51
3.6.2. Les salles de restauration		51
3.6.3. Les régimes, textures		53
3.6.4. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes		53
3.6.5. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel		53
<b>3.7. La dispensation des soins</b>		<b>54</b>
3.7.1. L'organisation des soins		54
3.7.1.1. L'organisation des soins définie par le PE		54
3.7.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante		54
3.7.1.3. Cadre IDE		54
3.7.2. Plannings et continuité des soins		55
3.7.3. Missions médicales		55
3.7.4. L'infirmier		55
3.7.5. La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)		57
3.7.6. Gestion des urgences médicales		57
3.7.7. Les prises en charge		59
3.7.7.1. Les prescriptions de rééducation		59



# SOMMAIRE

<b>1. Gouvernance</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Management et Stratégie</b>	<b>10</b>
1.1.1. Le règlement de fonctionnement	10
1.1.2. Le projet d'établissement (PE)	11
1.1.3. Le projet d'établissement : contenu	11
1.1.4. Le plan bleu	13
1.1.5. L'organigramme	13
1.1.6. Relations entre le gestionnaire et le directeur	13
1.1.7. Directeur : contrat et fiche de poste	14
1.1.8. Directeur : qualifications	14
1.1.9. Le remplacement de la direction	14
1.1.10. Les délégations au directeur	15
1.1.11. Les subdélégations du directeur	15
1.1.12. Les CODIR / COMEX / COFIL	15
1.1.13. Les astreintes administratives	16
1.1.14. Les astreintes techniques	16
1.1.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	16
1.1.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	16
1.1.17. Les conflits entre direction et salariés	17
1.1.18. Les affichages	17
<b>1.2. Animation et fonctionnement des instances</b>	<b>18</b>
1.2.1. Le CVS	18
1.2.2. Les enquêtes de satisfaction	19
<b>1.3. Gestion de la qualité</b>	<b>20</b>
1.3.1. La direction	20
1.3.2. Le responsable qualité	20
1.3.3. Les professionnels référents	20
1.3.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	20
1.3.5. L'auto-évaluation	21
1.3.6. L'évaluation externe	21
1.3.7. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	21
1.3.8. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	21
1.3.9. La bientraitance en pratique	22
1.3.10. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels	22
1.3.11. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)	23
<b>1.4. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</b>	<b>24</b>
1.4.1. La direction	24
1.4.2. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	24
1.4.3. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	24
1.4.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	25
1.4.5. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	25
<b>2. Fonctions support</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Gestion des ressources humaines</b>	<b>26</b>
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	26
2.1.2. Qualifications	27
2.1.3. Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure	27
2.1.4. Les postes vacants sur la structure	28
2.1.5. Les contrats de travail	28
2.1.6. Le taux d'absentéisme des professionnels	28
2.1.7. Le taux de rotation des professionnels	29
2.1.8. Les dossiers administratifs des professionnels	29
2.1.9. Les intervenants/prestataires externes	30
2.1.10. Le plan de formation des professionnels	30
2.1.11. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	31
2.1.12. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	32
2.1.13. L'organisation générale du planning des professionnels	33
2.1.14. Les plannings des professionnels	35
2.1.15. Analyse des plannings	36
2.1.16. Les fiches de poste des professionnels	36
2.1.17. Les glissements de tâches	36



## 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.





**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



● Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

Délégation départementale de l'Essonne

**Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) les Tout Petits  
71 bis rue de Cernay – 91 470 LES MOLIERES  
FINESS ET n°910002732**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N°2025\_IDF\_00065  
Contrôle sur place le 17 juin 2025**

**Mission conduite par :**

- Madame [REDACTED], inspectrice ICARS désignée au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, ARS Ile-de-France
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France
- Madame [REDACTED], désignée personne qualifiée, ARS Ile-de-France
- Madame [REDACTED], désignée personne qualifiée, ARS Ile-de-France

**Textes de référence**

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