



Inspection régionale autonomie santé

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

Conseil départemental de Seine-et-Marne

Affaire suivie par [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]
& [REDACTED]

Affaire suivie par [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

Lettre recommandée avec AR :

[REDACTED]

Monsieur [REDACTED]
Président
Fondation OVE
19 rue Marius Grosso
69120 VAULX-EN-VELIN

Saint Denis le,

Références :

SIICEA : 2025_IDF_00101

N° Elise : D26-001210-DA

Objet : Lettre de décision suite à l'inspection de suite du 16 juin 2025 au sein de la MAS (FINESS n°770002269) et du FAM (FINESS n°770005668) PasserAiles à Magny-le-Hongre

Monsieur le Président,

Dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes en situation de handicap, une inspection a été réalisée au sein de la maison d'accueil spécialisée (MAS - FINESS n°770002269) et du foyer d'accueil médicalisé (FAM - FINESS n°770005668) PasserAiles à Magny-le-Hongre le 16 juin 2025 par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et le Conseil départemental de Seine-et-Marne.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 15 décembre 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 2 injonctions, 6 prescriptions et 1 recommandation que nous envisageons de vous notifier (cf. annexe).

Vous nous avez transmis le 22 janvier 2026 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Injonction 1 relative aux soins : l'établissement a procédé à l'actualisation des listes, procédures et protocoles relatifs aux troubles de la déglutition, la mise en place d'une modalité de vérification de l'aspirateur à mucosités et des actions de formation sont engagées.
- Injonction 5 relative aux fonctions supports et gestion RH : l'établissement a procédé à l'actualisation de la fiche de poste des infirmiers, la continuité de la présence infirmière est assurée et le recrutement d'un médecin coordonnateur est effectif.
- Prescription 9 relative aux fonctions supports et gestion RH : l'établissement a procédé à la transmission des actions mises en œuvre pour pourvoir les postes restant vacants ; et à développer son accompagnement des vacataires et intérimaires en organisant leur prise de poste.

- Recommandation 4 à la gouvernance-conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration : l'établissement a procédé à la mise en place d'outils permettant aux professionnels de différencier la prise en charge des usagers selon leur spécificité.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif les 5 prescriptions maintenues figurant en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

- La prévention et la lutte contre les maltraitances : le compte rendu du CVS attestant de la transmission du bilan des événements indésirables n'a pas été communiqué ; la fiche de mission désignant les référents bientraitance n'a pas été transmise (prescription 3).
- La gouvernance : le projet d'établissement n'a pas été transmis à la mission ; celui-ci est indiqué comme étant en cours de finalisation (prescription 2).
- La gestion d'informations : l'établissement doit concevoir pour chaque résident un DLU complet (prescription 5).
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées : l'actualisation de l'ensemble des projets individualisés n'est pas achevée et la procédure relative à l'accompagnement des usagers aux directives anticipées n'a pas été transmise (prescription 6).
- La prise en charge en soin des résidents : la procédure de détection et de suivi de la douleur, la formation des équipes et l'organisation d'audits réguliers sont en cours d'élaboration ; un report du délai de mise en œuvre est accordé, porté de 3 à 9 mois (prescription 4).

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne et au Conseil départemental de Seine-et-Marne, à [redacted]@snte.fr et [redacted] les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives

Nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre dans les délais fixés de chacune des mesures correctives faisant l'objet d'injonctions et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Le présent courrier et le rapport produit à la suite de l'inspection seront publiés sur le site internet de l'Agence (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>) dans les jours suivants, dans un objectif de transparence de son action et de reddition de compte des missions de service public que vous assurez. Ceci s'inscrit notamment dans le cadre prévu par le Code des relations entre le public et l'administration avec, en particulier, la protection des données mentionnées en son article L.311-6.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé

Le Président du Conseil départemental

Copie :

Mme [redacted]

Mas et FAM Centre de vie « PasseRaile »
45 Rue du Bois de la Garenne
77700 MAGNY-LE-HONGRE

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection de suite réalisée le 19 juin 2025 au sein de la MAS (FINESS n°770002269) et au FAM (FINESS n°770005668) du Centre de vie « PasseRaile » d'OVE à Magny-le-Hongre

Injonctions :

| | Thèmes et Sous-Thème IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|-------|---------------------------|--|--|---|---|------------------------|
| Inj 1 | 3.8-Prise en charge-Soins | <p>L'établissement doit pour assurer la sécurité en soins des usagers :</p> <p>A. Mettre à jour la liste des médicaments à broyer et le protocole de broyage des médicaments,</p> <p>B. Établir la liste des usagers ayant des troubles de la déglutition,</p> <p>C. Réactualisant la convention avec l'officine de pharmacie.</p> <p>D. S'assurant que l'aspirateur à mucosité est fonctionnel et en formant les professionnels à son utilisation</p> <p>E. Formant les professionnels aux gestes de premiers secours et en assurant leur renouvellement (AFGSU)</p> | <p>Le mode opératoire a été mis à jour PJ : mode opératoire broyage + liste des médicaments</p> <p>Une formation sur les troubles de la déglutition a eu lieu en décembre 2025 et janvier 2026 (5 jours de formation) à destination des professionnels accompagnant à la vie quotidienne (AS, AES et ergothérapeutes). PJ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme de formation - Devis validé - Liste des usagers ayant des troubles de la déglutition mise à jour <p>La réactualisation de la convention avec l'officine de pharmacie est programmée sur 2026. La pharmacie va être reprise au 1er février 2026 par un nouveau pharmacien, des rencontres ont été initiées pour</p> | <p>Injonction levée.</p> <p>L'établissement a procédé à la refonte et à la mise à jour de la liste des usagers ayant des troubles à la déglutition, à la refonte et à la mise à jour des procédures et protocoles cités. Les formations permettant de renouveler les compétences en termes de troubles à la déglutition et gestes de premiers secours sont programmées ou en cours de réalisation. L'établissement a mis en place une modalité permettant la vérification de l'aspirateur à mucosités.</p> <p>La convention d'officine reste à réactualiser, mais dont acte car les éléments fournis assurent que la démarche de réactualisation de la convention a été menée par l'établissement, dans l'attente de la reprise de l'officine. L'établissement</p> | L5126-10, R5132-13, R5132-22, R4312-43 R4235-48 du CSP D344-5-6 du CASF | |

| | Thèmes et Sous-Thème IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|-------|--|---|--|---|---|------------------------|
| | | Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, le protocole de broyage des médicaments et sa liste actualisée ; les modalités choisies (procédure par exemple) permettant que la liste des usagers ayant de troubles de la deglution soit réalisée et mise à jour, la convention avec l'officine de pharmacie renouvelée | améliorer nos fonctionnements communs. B. La fonctionnalité de l'aspirateur à mucosité est vérifié en même temps que le reste du matériel du chariot d'urgence. La dernière vérification a eu lieu Des professionnels ont été formés aux gestes de premiers secours en 2025 et de nouvelles de sessions sont programmées en 2026. PJ : Diplômes formation AFGSU 2 et facture AFGSU 1. Devis pour 2026 (AFGSU et PSC1) | s'est engagé dans sa lettre de transmission à la fournir sans délai à réception aux autorités de contrôle et de tarification. | | |
| Inj 5 | 2.1- Fonctions support- Gestion des RH | L'établissement doit : A. Garantir la présence quotidienne d'infirmière correspondant à son rôle propre afin de dispenser les soins aux usagers dans des conditions de qualité et de sécurité conformes B. Procéder à l'embauche d'un médecin qui coordonnera les soins. Transmettre la fiche de poste renouvelée pour le poste d'IDE ; à l'embauche d'IDE et d'un médecin, transmettre le contrat de travail, fournir à la mission une note de | - Fiche de poste IDE - Feuille de route 2026 chef de service soins - Planning IDE juin à décembre 2025 - Planning prévisionnel janvier à avril 2026 | Injonction levée. L'établissement a procédé à la refonte de la fiche de poste d'infirmier spécifiant son rôle propre. Les plannings fournis ont permis de vérifier la présence continue d'infirmiers. L'établissement a procédé au recrutement d'un médecin depuis septembre 2025 (contrat diplôme fourni) qui coordonne les soins. | L311-3 CASF L344-2 CASF D344-5/13 CASF | |

| Thèmes et Sous-Thème IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------------------------|--|----------------------------|----------|--------------------|------------------------|
| | service ou autre support produit à l'attention des cadres qui effectuent les emplois du temps afin qu'une vérification des temps de présence soit régulière afin d'assurer la continuité de présence des professionnels. | | | | |

Prescriptions :

| Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre | |
|----------------------------|---|--|---|--|--|------------------------|
| Presc 2 | 1.2- Gouvernance-Management et Stratégie | Avec la participation des personnes, des proches et du personnel, finaliser le projet d'établissement et le faire valider par les instances qui intègre toutes les dispositions réglementaires et notamment celles relatives à la politique de promotion de la bientraitance et le transmettre à l'ARS et au CD avec tout élément probant. | La consultation a été portée à l'ordre du jour du 22 janvier 2026. PJ : - Ordre du jour du CVS du 22 janvier 2026 - PE adressé à des familles pour relecture | Prescription maintenue L'établissement n'a pas fourni à la mission le projet d'établissement, il est en cours de finalisation. | L311-8, D311-38-3 et D344-5-5 du CASF HAS 2008 « Missions du responsable d'établissement en matière de bientraitance » | 9 mois |
| Presc 3 | 1.5- Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des | L'établissement devra renforcer sa politique de la promotion de la bientraitance en : A. Nommant avec une fiche de mission et fiche de | Veuillez trouver ci-joint le plan 0 maltraitance engagé sur l'établissement depuis la visite d'inspection. | Prescription maintenue. Le compte rendu du CVS indiquant avoir eu connaissance du bilan des | L311-3 1°, L312-8 ; L331-8-1, D311-38-3 et R331-8 CASF | A. 3 mois B. 6 mois |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|----------------------------|---|--|---|--|------------------------|
| | événements indésirables | <p>poste les deux référents bientraitance.</p> <p>B. Informant le CVS du bilan des événements indésirables, une fois par an.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les lettres de missions et fiche de poste signés des référents bientraitance, le compte rendu du CVS indiquant que le bilan des événements indésirables a été transmis.</p> | <p>Par ailleurs, 2 animateurs bientraitance ont été formés, leur feuille de route est en cours d'élaboration.</p> <p>Des réunions ont été mise en place depuis janvier réunissant résidents et professionnels autour de cette thématique.</p> <p>PJ : -Attestation de formation des 2 animateurs bientraitance</p> | <p>événements indésirable, n'a pas été communiqué à la mission</p> <p>L'établissement a formé les référents mais n'a pas transmis la fiche de mission nommant les référents bientraitance.</p> | HAS 2008 « Missions du responsable d'établissement en matière de bientraitance » | |
| Presc 4 | 3.8-Prise en charge-Soins | <p>L'établissement doit formaliser une procédure propre de détection et de suivi de la douleur former les équipes, organiser des audits réguliers, et aborder ce sujet en réunions pluridisciplinaires pour sensibiliser le personnel.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la procédure de gestion de la douleur, les feuilles d'émargement des formations réalisées concernant et la bientraitance et la reconnaissance de la douleur.</p> | <p>Une formation a été réalisée en février 2025 par l'ancienne équipe médicale.</p> <p>Cette prescription reste d'actualité et sera renouvelée en 2026.</p> <p>Le délai de 3 mois parait un peu court compte tenu du changement d'équipe (chef de service soin et médecin).</p> <p>PJ : - Feuille de route chef de service soins 2026 Nous allons poursuivre sur 2026 la formalisation d'un mode</p> | <p>Prescription maintenue et délai reporté.</p> <p>La procédure de détection et de suivi de la douleur des usagers ainsi que la formation des équipes, l'organisation d'audits réguliers sont en cours d'élaboration ce en lien avec l'arrivée du médecin.</p> <p>L'établissement demande un report du délai afin de permettre à l'équipe médicale et de soins de mettre en œuvre cette mesure.</p> <p>Le délai de mise en œuvre est accordé. Il passe de 3 mois à 9 mois afin de permettre aux médecins, chef de service en soins et aux IDE nouvellement recrutées de revoir</p> | D344-5-3 & -12 du CASF D344-5-3 et -8 du CASF | 9 mois |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|---|--|--|--|----------------------------|------------------------|
| | | | <p>opérateur, et l'appropriation par les équipes en vue d'une meilleure prise en compte de la gestion de la douleur des résidents (évaluation, traçabilité, suivi, etc.)</p> <p>Ce processus nécessite probablement plus que 3 mois pour être réellement mis en œuvre et approprié.</p> | les procédures et former les professionnels. | | |
| Presc 5 | 2.3-Fonction support-Gestion d'informations | <p>L'établissement doit organiser les informations et favoriser leur complétude en :</p> <ul style="list-style-type: none"> A- N'utilisant que le seul support de transmission prévu pour les informations médicales et de soins ; B- Organisant et en respectant la confidentialité des données dans, les dossiers des résidents ; C- Concevoir pour chaque résident un DLU complet les informations nécessaires pour les accompagner en consultations extérieures, en séjours hospitalier, etc. <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le plan d'action pour finaliser la</p> | <p>La démarche a été engagée par la suppression du cahier de transmission papier. Toutes les transmissions sont désormais réalisées sur NETVIE depuis septembre 2025.</p> <p>De même, un travail de dématérialisation des ordonnances a été engagé.</p> <p>Nous souscrivons néanmoins à cette prescription, et allons créer le plan d'action pour poursuivre la démarche, en lien avec la feuille de route du nouveau chef de service soins. .</p> | <p>Prescription partiellement modifiée</p> <p>L'établissement a engagé une démarche de dématérialisation des transmissions et des ordonnances qui reste à finaliser.</p> <p>L'établissement doit organiser les informations et favoriser leur complétude en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - B- Organisant et en respectant la confidentialité des données dans, les dossiers des résidents ; C- Concevoir pour chaque résident un DLU complet les informations nécessaires pour les accompagner en | L311-3 et D344-5-8 du CASF | 6 mois |

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|---------|---|---|---|--|---|------------------------|
| | | dématérialisation des dossiers médicaux et la procédure permettant que le DLU soit complet. | | consultations extérieures, en séjours hospitalier, etc. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le plan d'action pour finaliser la dématérialisation des dossiers médicaux et la procédure permettant que le DLU soit complet. | | |
| Presc 6 | 3.2-Prise en charge- Respect des droits et des personnes | <p>L'établissement doit afin de garantir le droit de l'usager :</p> <p>A. Actualiser les projets individualisés et l'homogénéiser leur contenu, quant à la vie affective, relationnelle et sexuelle et quant à la douleur.</p> <p>B. -Accompagner les usagers aux directives anticipées.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la liste des PI mis à jour et le calendrier des signatures, un PI vierge incluant l'actualisation demandée, les modalités développées afin d'accompagner les usagers aux directives anticipées.</p> | <p>Nous souscrivons à cette prescription qui a été engagée.</p> <p>A. Les PP sont en cours d'actualisation grâce à la remise en place des référents de projet.</p> <p>PJ :</p> <p>-planning prévisionnel PP 2026</p> <p>- Process de co-construction du PP</p> <p>B. Nous envisageons une information sur 2026.</p> | <p>Prescription maintenue.</p> <p>L'établissement n'a pas actualisé tous les projets individualisés, et la procédure définie pour accompagner les usagers aux directives anticipées n'a pas été fournie.</p> | L311-4, D344-5-3, -8 & -11 du CASF, L1111-4 & -11 du CSP | 6 mois |
| Presc 9 | 2.1- Fonctions support-Gestion des RH | <p>Poursuivre les moyens et actions menées afin de :</p> <p>A. Pourvoir les postes vacants</p> | <p>Veillez trouver ci-joint la situation au 31/12/2025 (entrées / sorties). Ce document montre la dynamique portée par l'équipe de</p> | <p>Prescription levée.</p> <p>L'établissement a fourni la liste des postes vacants, et les moyens</p> | L311-3 CASF R344-2 CASF | |

| Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|----------------------------|--|--|---|--------------------|------------------------|
| | <p>B. Renforcer la connaissance des vacataires ou intérimaires des procédures en vigueur dans l'établissement, des bonnes pratiques.</p> <p>Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, les contrats de travail des futurs salariés, le Vademecum, ou le livret d'accueil des vacataires, qui va permettre une bonne connaissance des publics, de la structure et des procédures en vigueur dans l'établissement</p> | <p>direction au recrutement de professionnels compétents et qualifiés. PJ : entrées / sorties des salariés en 2025</p> <p>La direction d'établissement reste mobilisée sur le recrutement des postes vacants comptabilisés. À date, nous recrutons sur les postes suivants : 3 AES-1 éducateur sportif-3 AS-1 kinésithérapeute-1 ergothérapeute PJ : Les annonces diffusées</p> <p>Pour les intérimaires, le fascicule d'accueil reste un document remis et partagé. En outre, la coordinatrice vie quotidienne accueille chaque nouvel intérimaire sur ses heures de travail. PJ : Fascicule intérimaire</p> <p>Un travail de mise à jour du fascicule des intérimaires est programmé (sécurité incendie, plan du bâtiment, caractéristiques du public accompagné, outils de traçabilité) Les annonces des postes des postes vacants sont publiées. Le livret d'accueil des intérimaires va être mis à jour.</p> <p>La coordinatrice vie quotidienne est désignée pour accueillir les intérimaires AS, et AES. PJ :</p> | <p>déployés afin de pourvoir ces postes.</p> <p>L'établissement est en cours de refonte du livret permettant aux vacataires ou intérimaires de se saisir des spécificités des usagers et de l'établissement mais elle a mis en place un accompagnement à leur arrivée afin de leur transmettre les pratiques, procédures en cours dans l'établissement.</p> | | |

| Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'établissement | Décision | Texte de référence | Délai de mise en œuvre |
|----------------------------|------------------|--|----------|--------------------|------------------------|
| | | Fiche de poste coordinatrice vie quotidienne | | | |

Recommandations :

| | Thèmes et Sous-Thèmes IGAS | Mesure envisagée | Réponse de l'inspecté | Décision |
|--------|---|---|---|---|
| Reco 4 | 1.1-Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration | Il est recommandé de favoriser la reconnaissance par le personnel, des résidents relevant du FAM de ceux relevant de la MAS | <p>Nous poursuivons le travail engagé autour d'une meilleure connaissance des publics par les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appropriation de NETVie (formations prévues en 2026) : logiciel de DUI qui répertorie ces différenciations ; - Fiche quotidienne de prise en charge et d'accompagnement => mise en place d'un code couleur - Mise en place du guide MAS des ARS | <p>Recommandation levée.</p> <p>L'établissement a procédé à la mise en place d'un code couleur sur les fiches par usagers.</p> |