RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Délégation départementale de l'Essonne

Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) **LE VAL DES HERONS** **78 bis rue de Valorge** **91220 BRETIGNY-SUR-ORGE** **FINESS N°910003508**
RAPPORT D'INSPECTION **N°2025_IDF_00107** **Contrôle sur place le lundi 26 mai 2025**
Mission conduite par - Madame Zahira KADA, inspectrice assermentée de l'ARS, coordonnatrice de la mission d'inspection. Accompagnée par - Madame Daniella DA VEIGA, infirmière chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique. - Madame Melinda DJEMAI, stagiaire à l'ARS désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Prévention et lutte contre les maltraitances 9

1.1. Gestion de la qualité 9

1.1.1. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance 9
1.1.2. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance 9
1.1.3. La bientraitance en pratique 10
1.1.4. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels 11
1.1.5. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement) 11

2. Sécurisation de la prise en charge 12

2.1. Sécurités 12

2.1.1. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI) 12

2.2. Les projets d'accompagnement personnalisés 12

2.2.1. Les Projets d'accompagnement personnalisés (PAP) 12

3. Gouvernance 14

3.1. Management et Stratégie 14

3.1.1. Le projet d'établissement (PE) 14

3.2. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables 14

3.2.1. Les réclamations et plaintes 14
3.2.2. La procédure de déclaration en interne des évènements indésirables (EI) 15

4. Fonctions support 16

4.1. Gestion des ressources humaines 16

4.1.1. Qualifications 16
4.1.2. Les postes vacants sur la structure 16
4.1.3. Les dossiers administratifs des professionnels 16

4.2. Gestion d'information 17

4.2.1. Le dossier de soins 17

4.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements 17

4.3.1. L'état général du bâtiment 17

4.4. Locaux et équipements 20

4.4.1. Fonctionnalité et hygiène des locaux 20
4.4.2. Les chambres 21

5. Prises en charge 22

5.1. L'hébergement, internat 22

5.1.1. Le suivi de l'hygiène corporelle 22

5.2. L'alimentation 22

5.2.1. Les salles de restauration 22
5.2.2. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes 24

5.3. La dispensation des soins 25

5.3.1. Gestion des urgences médicales 25
5.3.1.1. Les soins palliatifs 26

5.4. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament 26

5.4.1. Le circuit du médicament 26
5.4.1.1. Livraison 26
5.4.1.2. Stockage 26
5.4.1.3. Distribution et administration 27

6. Récapitulatif des écarts et des remarques 29

6.1. Écarts 29

7. Conclusion 32

8. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport 34

9. Annexes 36

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle 36
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH 38
Annexe 3 Liste des professionnels et familles avec lesquels la mission s'est entretenue 40

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 plan 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 consigné au programme de travail des agences régionales de santé (ARS) pour 2025.

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée.

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 :

- Prévention et lutte contre les maltraitances
  - Respect du droit des personnes
  - Vie sociale et relationnelle
  - Animation et fonctionnement des instances
  - Gestion de la qualité
- Sécurisation de la prise en charge
  - Sécurité
  - Organisation de la prise en charge
  - Les projets individualisés d'accompagnements
  - Relations avec l'extérieur
- Gouvernance
  - Management et stratégie
  - Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
- Fonctions support
  - Gestion des ressources humaines
  - Gestion d'information
  - Locaux et équipements
- Prises en charge
  - L'hébergement, internat
  - Alimentation
  - La dispensation des soins
  - Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Nous avons été accueillis par la [redacted] pendant toute la visite. Les documents demandés ont été préparés par des stagiaires « master qualité ». Des locaux ont été mis à disposition pour la réalisation des entretiens et l'étude des documents.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

1. **Prise en charge des résidents :**
    - Suspicion de maltraitances physiques et verbales non gérées ;
    - Problème de continuité de direction, notamment en cas d' EIGS ;
    - Suspicion de détournement des repas des usagers ;
    - Cuisine thérapeutique insalubre ;
    - Traitement différencié notable des résidents ;
    - Climat et communication dégradés ;
    - Véhicules de transports des résidents détériorés.

2. **Management des équipes :**
    - Organisation ne permettant pas de pallier les urgences de façon sécurisée et efficace ;
    - Trop importante responsabilité laissée aux stagiaires sans contrôle suffisant ;
    - Turn over important ;
    - Management inadapté ;
    - Défaillance des contrôles des ports d'équipements de protection individuelle (EPI).

3. **Gestion administrative :**
    - Confusion entre le foyer de vie et la MAS, rendant la gestion financière et matérielle opaque.

4. **Gestion des locaux :**
    - Hygiène fortement dégradée des sols, murs, vitres des fenêtres, parties communes, sanitaires communs ;
    - Salles d'eau des chambres dégradées pour les résidents ;
    - Détournement de locaux au profit du personnel ;
    - Carences de matériels et produits malgré les commandes et factures reçues.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Le Val Des Hérons » située au 78 bis rue de Valorge à Brétigny-sur-Orge (91220), FINESS N°910003508, gérée par l'association « Chalouette Autisme Essonne » est autorisée pour l'accueil et l'accompagnement spécialisés de personnes adultes polyhandicapées et dispose de 16 places d'hébergement complet en internat, 1 place d'accueil temporaire et 3 places d'accueil de jour.

Cet établissement fait l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

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 « Le Val Des Hérons » qui a notamment pour objet de contrôler :

- Prévention et lutte contre les maltraitances : le respect des droits des personnes, la vie sociale et relationnelle, l'animation et le fonctionnement des instances et la gestion de la qualité ;
- Sécurisation de la prise en charge : la sécurité des lieux et personnes, les prises en charge de l'admission à la sortie et les relations avec l'extérieur ;
- La gouvernance de l'établissement : le management et la stratégie, la gestion des risques et des évènements indésirables ;
- Les fonctions support : la gestion des ressources humaines, la gestion d'information, les locaux et équipements ;
- Les prises en charge : l'hébergement, l'alimentation, les soins dispensés et le circuit du médicament.

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[1] est composée de :

- Madame Zahira KADA, inspectrice assermentée et coordonnatrice de la mission d'inspection, désignée par le Directeur général de l'ARS ;
- Madame Daniella DA VEIGA, infirmière, désignée personne qualifiée par l'ARS ;
- Madame Melinda DJEMAI, stagiaire de l'ARS, désignée personne qualifiée par l'ARS.

Le contrôle a été réalisé sur site le 26 mai 2025 de manière inopinée[2]. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2.**

[1] Cf. la lettre de mission en annexe 1.

[2] Sans annonce préalable à l'établissement

Présentation de l'établissement inspecté :

L'établissement dont la raison sociale est : MAS LE VAL DES HERONS

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Association Chalouette Autisme Essonne
Adresse de l'organisme :	78 bis rue de Valorge
Code postal et Ville :	91220 BRETIGNY-SUR-ORGE
Courriel :	direction@cae91.fr
Téléphone fixe :	01 69 88 43 60
Site internet	https://www.chalouetteautismeessonne.asso-web.com
Nombre d'ESSMS gérés	Cette association gère également sur le département de l'Essonne le Foyer de vie « le Val des Hérons » et le SESSAD « les Rives de l'Orge ».

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	78 bis rue de Valorge
Code postal et Ville :	91220 BRETIGNY-SUR-ORGE
Courriel :	https://www.chalouetteautismeessonne.asso-web.com
Téléphone fixe :	01 69 88 43 60

Type de structure				
Type d'établissement / service :	Maison d'Accueil Spécialisée			
Date d'ouverture :	26/10/1999			
Numéro FINESS :	Géographique :	910812544	Juridique :	910001924
Statut juridique de l'entité juridique	Privé non lucratif			
Option tarifaire :	Dotation globale			
Date du CPOM (mm/aaaa) :	Juin 2022			
Présence d'une PUI[3] :	Non			

La MAS dispose d'une autorisation d'accueil et accompagnement spécialisés pour personnes handicapées (polyhandicap[4]) de :

- 16 places en hébergement complet avec internat,
- 1 place d'accueil temporaire,
- 3 places d'accueil de jour.

Le budget de fonctionnement est de 2 503 020,76 € au 1er janvier 2025 au titre du soin.

Constats

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

[3] PUI : Pharmacie à usage intérieur

1. Prévention et lutte contre les maltraitances

1.1. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	**1.1.1. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>** 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 ? *D311-38-3-CASF (politique formalisée)* *HAS 2008 La bientraitance page 36* *HAS 2008 Directeur et maltraitance page 19*	Non	La mission a reçu des témoignages de professionnels indiquant qu'il est arrivé que des résidents subissent des violences. En effet, d'après ces témoins, les résidents auraient déjà été « pincés, giflés et enfermés » sans que cela n'appelle de réaction adaptée de la direction. Des sensibilisations à la bientraitance ont été faites en décembre 2024. Un DUERP est prévu en juin. **Écart 1 : En ne disposant pas d'une procédure de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.**
1.4. Gestion de la qualité	**1.1.2. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u>** *HAS-Directeur et maltraitance 2008 (pages 16 à 24)* L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations : - En ayant connaissance des risques et des obligations leur incombant, lesquelles sont inscrites à leur fiche de poste, à leur feuille de route, à leur DUD, etc.; - En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ; - En nommant un référent bientraitance ; - En sensibilisant, en informant et en formant le personnel ; - En formalisant dans leur fiche de poste la bientraitance comme une mission pour tous les jours ; - En organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et intérimaires pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ;	 Non Non Non Partiellement Non Non	**Écart 2 : En ne portant que sporadiquement les actions de promotions de la bientraitance, la Direction de l'établissement contrevient à l'article L311-3 (7ème alinéa) du CASF.** Première sensibilisation en 2024.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PAI. *L311-3 (7e alinéa) CASF (Informer et faire participer les personnes)* Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance : - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; - Par la sensibilisation et la formation ; - Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ; - Par des actions de prévention de l'usure professionnelle. *HAS 2008 Directeur et maltraitance page 27 à 35*	Partiellement Non Partiellement Non Partiellement	La Direction indique que peu de résidents peuvent s'exprimer. DUERP, boite expression qualité y compris anonymement, médecine du travail.
1.4. Gestion de la qualité	**1.1.3. La bientraitance en pratique** Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ? Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Existe-t-il un plan de formation adapté ? Existe-t-il un plan de soutien des personnels ? *Réf : L119-1 CASF (Définition maltraitance)* *L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager)* *Circulaire lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014* *Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007* *HAS, « La bientraitance :définition et repères pour lamise en œuvre (2018)» et Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25)*	Non Non Non Non	**Écart 3 : Il existe une « Conduite à tenir par les salariés en cas de maltraitance » et une seconde à destination des cadres, ainsi qu'une charte. Ces conduites à tenir ne sont pas connues par les salariés rencontrés. En n'ayant pas formalisé et fait vivre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient à l'article L311-3, 1 du CASF.**
	Les bonnes pratiques sont-elles connues et promues telles que des temps de supervision et/ou d'analyses de pratiques ont-ils été mis en place au sein de l'établissement ? *D344-5-16 CASF* *HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25)*	Partiellement	Des réunions de temps d'échange sont organisées par la direction, les cadres de santé, et uniquement des IDE, les mardis, à raison d'1 à 2 fois par mois. **Écart 4 : En l'absence de dispositif formalisé de supervision ou d'analyse des pratiques associant l'ensemble des professionnels, notamment les équipes éducatives et soignantes, l'établissement contrevient à l'article D344-5-16 du CASF.**

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS- mars 2022		
1.4. Gestion de la qualité	**1.1.4. <u>Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels</u>**		
	La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?	Partiellement	L'annexe 3 du projet d'établissement 2021/2023 est obsolète (pièce 3).
	Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par :		
	- Des procédures de gestion des comportements problèmes ;	Partiellement	La prise en charge des comportements problèmes est insuffisamment travaillée. La mission a constaté à plusieurs reprises des réponses inadaptées à des comportements problèmes ou une ignorance de ceux-ci. Ceci est d'autant plus questionnant que certains témoignages font état d'actes violents sur les usagers.
	- Par la sensibilisation et la formation ; *HAS-« Les « comportements problèmes » : prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention »-2016*	Non	Le plan de formation ne comporte pas de formation sur les comportements problèmes (pièces 19 et 30).
	- Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs ;	Non	
	Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ? *HAS-« Les « comportements problèmes » : prévention et réponse, volet 3 « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement »-2017*	Non	
1.4. Gestion de la qualité	**1.1.5. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u>**		
	Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ? *L313-24 du CASF (protection des professionnels signalant)*	Non	**Écart 5 : En n'informant pas le professionnels de leur protection, l'établissement contrevient à l'article L313-24 du CASF.**

2. Sécurisation de la prise en charge

2.1. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	**2.1.1. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u>**		
	Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ? *Arrêté du 7 septembre 1999 (modalités d'entreposage des DASRI et pièces anatomiques)*	Non	L'établissement ne dispose pas de local dédié à l'entreposage des DASRI, lesquels sont actuellement stockés dans l'infirmerie. **Écart 6 : En ne disposant pas d'un local dédié à l'entreposage des DASRI conformément à la réglementation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R1335-6 du CSP.**
	Le marquage des DASRI et le contenu sont-ils conforment ? *R1335-6 CSP (conditionnement, marquage et stockage des DASRI)* *Arrêté du 24 novembre 2003 (emballages des DASRI et pièces anatomiques)*	Non	La mission a constaté la présence de plusieurs types de collecteurs DASRI : • Dans la salle de soins, un carton rigide ouvert a été observé. Il ne comportait ni la date de mise en service, ni l'identification de l'établissement (nom de la MAS), et contenait des déchets ménagers. • Sur le chariot de l'IDE : un Mini collecteur OPCT ne comportant pas la date de mise en service. • Sur le chariot de l'IDE, un mini collecteur OPCT a été observé sans indication de la date de mise en service. **Écart 7 : En n'identifiant pas l'ensemble des containers à DASRI et OPCT conformément à la réglementation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R1335-6 du CSP.**

2.2. Les projets d'accompagnement personnalisés

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	**2.2.1. <u>Les Projets d'accompagnement personnalisés (PAP)</u>**		
	Les PAP sont-ils régulièrement actualisés ?	Non	Un turn over important du personnel en charge de cette mission n'a pas permis une réactualisation régulière des PAP.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Article D344-5-11 (bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne avec actualisation dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)		**Écart 8 : En n'actualisant pas les projets d'accompagnement personnalisés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF.**
	Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ? *Article D344-5-10 CASF*	Non	La procédure d'élaboration des PAP (pièce 38) n'intègre pas la mise en place d'un référent identifié. **Écart 9 : En n'ayant pas désigné de référents pour les résidents, l'établissement contrevient à l'article D344-5-10 du CASF.**

3. Gouvernance

3.1. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	**3.1.1. <u>Le projet d'établissement (PE)</u>**		**Écart 10 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement à jour depuis 2023 et affiché, l'établissement contrevient à l'article L311-8 et D344-5-5 du CASF.**
	Le projet d'établissement est-il est cours de validité ? *L311-8 du CASF (contenu PE tous les 5 ans)*	Non	Le projet d'établissement est périmé depuis 2023.
	Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ? *D311-38-4 CASF (PE affiché)*	Non	
	Le PE précise l'organisation de la coordination des soins ? *Article D344-5-5 CASF*	Non	

3.2. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	**3.2.1. <u>Les réclamations et plaintes</u>**		**Écart 11 : En ne réalisant pas un enregistrement et un suivi formalisé des réclamations l'établissement contrevient aux articles L 311-3 (1° et 3°) et L311-6 du CASF.**
	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et/ou plaintes des usagers ? *L311-6 CASF (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation)* *D311-21 CASF (autres formes de participation)* *HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25)*	Non	
	Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- D'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ; - De la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ? *L311-3 (1° et 3°) CASF (Respect dignité, sécurité et PEC de qualité de l'usager)*	Non Non	
1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	**3.2.2. La procédure de déclaration en interne des évènements indésirables (EI)**		**Écart 12 : En ne déployant pas une réelle culture de gestion des EI et EIG, l'établissement contrevient à l'article R1413-68 du CSP.**
	Les procédures de déclaration en interne d'évènement indésirables sont-elles connues des professionnels ? *L1413-14 CSP (ES et ESSMS-déclaration à l'ARS et gestion EIGS)* *R1413-67 CSP (définition EIGS)* *R1413-68 CSP (obligation de déclaration en interne et à l'ARS)* *Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des 11 dysfonctionnements graves et évènements à déclarer aux autorités administratives)* *HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25)* *HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.12 du guide d'évaluation de la HAS- recueil et le traitement des plaintes et des réclamations)*	Non	Il existe une procédure. Les professionnels en ont connaissance mais ne la mettent en œuvre que très partiellement.
	Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?	Non	

4. Fonctions support

4.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	4.1.1. <u>Qualifications</u>		
	Les personnels sont-ils qualifiés ? *Art L. 312-1 CASF (II)*	Non	L'établissement a transmis un seul diplôme conforme pour une IDE actuellement en poste dans la structure. 3 autres diplômes IDE ont également été transmis ne correspondent pas aux salariés présents le jour de la visite ([redacted]) De plus, aucun diplôme n'a été transmis concernant les autres membres de l'équipe soignante exerçant de jour comme de nuit dans la MAS. **Écart 13 : En l'absence d'éléments de preuve attestant de la qualification des personnels soignants, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF.**
	4.1.2. <u>Les postes vacants sur la structure</u>		
	Quels sont les profils et l'effectif des postes vacants au jour de l'inspection : *L311-3 (1°) CASF (sécurité des usagers)* *L311-3 (3°) CASF (prise en charge de qualité)*		**Écart 14 : En ne recrutant pas les postes budgétés, l'établissement contrevient aux articles L311-3 (1° et 3°) du CASF.**
	Ergothérapeute ;		Nombre ETP : 1 ETP au tableau des effectifs transmis (pièce 24).
	Psychomotricien ;		Nombre ETP : 1 ETP au tableau des effectifs transmis (pièce 24).
	Aide-soignant		Nombre ETP : 14 ETP au tableau des effectifs transmis (pièce 24).
	Un psychologue.		Nombre ETP : 1,5 ETP budgété au tableau des effectifs transmis (pièce 24).
	Educateurs spécialisé.		Nombre ETP : 4 ETP au tableau des effectifs transmis (pièce 24).
	Comment sont compensés les postes vacants ?		Toutefois, d'après la Direction les postes vacants sont compensés par des vacations de professionnels extérieurs et des stagiaires.
2.1. Gestion des ressources humaines	**4.1.3. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>** Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils :		La mission a consulté sur place 6 dossiers administratifs des professionnels.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Contrat d'embauche et les éventuels avenants ; - Inscription à l'Ordre ; *Obligation d'inscription aux ordres :* *médecins : L4111-1 CSP et L4112-5 CSP* *pharmaciens : L. 4221-1 (3°) CSP* *IDE : L4311-15 CSP* *Masseurs-kinésithérapeutes : L4321-10 CSP* *Pédicures-podologues :L4322-2 CSP* *L4314-4 CSP et L4314-5 CSP (sanction exercice infirmier illégal)*	Partiellement Non	1 dossier sur les 6 examinés ne comportait pas de contrat d'embauche. La mission constate l'absence d'inscription à l'ordre pour les IDE, la Cadre de santé et l'IDEC. **Écart 15 : En l'absence de contrôle de l'inscription à l'ordre des infirmiers des professionnels concernés, l'établissement contrevient à l'article L4311-15 du CSP.**

4.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	4.2.1. Le dossier de soins		
	Pour les dossiers informatisés : diagnostic infirmier ? utilisé par tous les PDS ? codes nominatifs ? *Article R4312-35 CSP (IDE DSI et protection données dossier de soins)*	Non	Bien que l'établissement soit équipé du logiciel de soins [redacted]®, les entretiens révèlent qu'aucun dossier médical informatisé n'y est actuellement renseigné. En revanche, un plan de soins est établi pour chaque résident. L'accès au logiciel est sécurisé par un identifiant et un mot de passe personnels, attribués aux membres du personnel soignant ainsi qu'aux équipes éducatives. **Écart 16 : En ne mettant pas en place un dossier de soin personnalisé pour chaque résident dans le logiciel de soins Airmes®, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-35 du CSP.**

4.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	**4.3.1. L'état général du bâtiment**		L'établissement présente une hygiène fortement dégradée des sols, murs, vitres des fenêtres, parties communes, sanitaires communs. Les salles d'eau des chambres des résidents sont fortement dégradées. Certains locaux sont détournés au profit du personnel.
	Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?	Partiellement	○ **Vestiaire des femmes** - Nombreux objets stockés au-dessus des vestiaires,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			- Objets laissés au sol, ○ **Toilettes** - Présence d'une fiche de traçabilité qui permet de vérifier que le nettoyage n'est pas régulier, - Eléments de sanitaires vétustes, ○ **Accueil de jour (Les Mouettes) :** - Casier sale et mal organisé, - Identification des affectations du mobilier ne correspondant pas à leur contenu, - Un téléphone personnel appartenant à un membre du personnel était en cours de chargement, - Vitres non entretenues. • **Couloir :** - Présence de caméras, le directeur-adjoint informe être en règle vis-à-vis de la déclaration CNIL. • **Tisanerie :** - Rangement des décorations de noël, - Présence de jouets, - Meuble non identifié qui n'a pas pu être ouvert (nous a été présenté comme appartenant au président). • **Salle de balnéothérapie** : - A l'entrée tableau non rempli, - Toilettes présentant d'importantes fuites, • **Réserve** : - Présente comme étant la réserve du président de l'association, mais à l'ouverture il s'agissait d'un local d'archives RH et rapports de caisses, et de stockage. • **Toilettes des usagers :** - Poubelle pleine, - Hygiène dégradée, - Etat dégradé. • **Bureau du chef de service :** - Présence d'un planning d'activités daté de septembre 2024, - 1 meuble visiblement non utilisé depuis septembre 2024,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			- 1 meuble contenant des sodas et de l'eau datant du 01/10/2024. • **Local (non identifié)** - Stockage de chaises, ventilateur. • **Bureau cadre de santé :** - Inutilisable en l'état du fait de sa désorganisation, - Stockage de nombreux cartons. Pour justifier l'état du bureau, la Direction explique que la cadre de santé est sur le point de partir à la retraite à la fin du mois de juin. • **Local d'archives :** - Non classé et organisé. • **Bureau CSE :** La Direction nous indique ne pas en détenir la clé, il n'a pas été ouvert. • **Salle cognitive :** - L'objet de cette salle n'est pas conforme à sa destination : les dossiers de résidents y sont rangés. • **Salle de Snoezelen :** - Présence de produits sans indication de date d'ouverture • **Atelier de maintenance :** - Présence de système anti pince doigts sur la porte (peu présent ailleurs). **Écart 17 : En ne maintenant pas un niveau d'hygiène et d'entretien suffisant, l'établissement contrevient à l'article L. 311-3 (1°) CASF.**
	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Non	**Écart 18 : En n'assurant pas le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens, l'établissement contrevient à l'article L. 311-3 (1°) CASF**
	Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, …) adaptées aux handicaps des personnes accueillies ? *L. 311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)*	Partiellement	L'identification des pièces ne correspond pas systématiquement à sa destination et l'usage des pictogrammes n'est pas généralisé. **Écart 19 : En ne respectant pas l'identification des pièces et en utilisant peu une signalétique adaptée au public accueilli, l'établissement contrevient à l'article L. 311-3 (1°) CASF**

4.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	4.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u> Les locaux sont-ils en nombre suffisant et de dimension appropriée pour l'ensemble des activités et entretenus ?	Non	• **Cuisine pédagogique :** - Frigo propre mais chaud (débranché par le personnel pour brancher un four micro-ondes neuf alors qu'un autre four micro-ondes très sale est déjà présent), le contenu a dû être jeté, - Absence de fiche de traçabilité des nettoyages, - Présence dans les placards de produits à ouverture non tracée et à conservation non conformes, jetés, - Différents objets stockés au-dessus des meubles, - Vaisselle sales et poussiéreuse alors qu'un lave-vaisselle neuf mais non branché est présent, - Electroménagers poisseux. • **Salle de sport :** - Vue mais non contrôlés en présence d'activités en cours (formation pour les professionnels). • **Salle d'esthétique :** - Papier et savon absents des dévidoirs, - Sol collant, traces de souillures. On nous indique qu'un résident à la possibilité de s'isoler en cas de crise dans cette pièce inadaptée à cet usage. • **Salle informatique** : - Objet au-dessus des meubles, - Les personnels tentent avec les moyens du bord d'occulter les fenêtres pour se protéger du soleil, - Horloge non fonctionnelle. Le Directeur adjoint indique que cette salle est habituellement occupée par quatre coordinateurs éducateurs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			• **Unité Flamand :** - Salle de linge propre détournée : présence d'un fauteuil probablement utilisé au repos du personnel. - Salle de linge sale : présence d'une armoire contenant les jouets, du petit électroménager et des objets présentés par le Directeur comme destinés aux résidents. **Écart 20 : En ne veillant pas à un niveau d'entretien acceptable, l'établissement contrevient à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.**
	4.4.2. Les chambres		**Écart 21 : En ne proposant pas un socle de prestations d'hébergement minimal à tous les résidents, l'établissement contrevient à l'Article D312-159-2 du CASF**
	Equipement de la chambre ? ***Article D312-159-2**, CASF* ***Annexe 2-3-1** CASF (Socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les ehpad).*	Non	Toutes les chambres visitées sont agencées à l'identique : un espace sommeil, un placard pour vêtements fermé à clés et une salle d'eau avec WC attenante. Cependant les chambres inspectées des résidents recevant des visites fréquentes se distinguent très nettement des autres. Ainsi, dans certaines chambres, la literie format une place est au sol sans linge de lit (draps, couettes, taies), alors que d'autres résidents bénéficient d'un lit double avec linge de lit. Le personnel explique cette différence par la présence régulière ou non des familles. Interrogée sur cette situation la direction a expliqué que les différences d'équipements sont historiques et qu'une réflexion sur le sujet sera prochainement entamée. Elle explique également que les troubles de certains résidents ne permettent pas d'avoir de linge de lit en raison de leur tendance à les salir.
	L'état et l'entretien des sanitaires et salles de bain individuels est-il correct ?	Non	Présence de moisissures au bas des murs de plusieurs salles d'eau. Présence de fuites d'eau des WC dans plusieurs salles d'eau.
	Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ? ***Article D344-5-3 CASF***	Partiellement	La mission a relevé que certaines chambres sont fermées à clés par les professionnels en condamnant l'accès aux occupants pour éviter la mise en désordre.

5. Prises en charge

5.1. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	5.1.1. Le suivi de l'hygiène corporelle L'hygiène corporelles des usagers est-elle suivie et tracée ? *L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité selon leurs besoins)*	Non	Des données statistiques sur les couvertures de traçabilité des actes AS entre le 09/06/2025 au 16/06/2025 sur le logiciel [redacted]® n'ont pas été remis à la mission. **Écart 22 : En l'absence d'élément de preuves justifiant une traçabilité du suivi et de la réalisation de l'hygiène corporelle des usagers, l'établissement contrevient à l'article L311-3(3°) du CASF.**

5.2. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	**5.2.1. Les salles de restauration** Quels sont les horaires de repas et de collations ? *Ministère économie, industrie et numérique-Recommandation nutrition groupe d'étude des marches de restauration collective et nutrition GEM-RCN-2015 (page 17)* *Site du Ministère des solidarités -Guide d'action pour les personnes en situation de handicap (enfants/adultes)-2023*	Non	Daprès les entreteins : Petit-déjeuner : 9h30 Déjeuner : 12H à 13h30 avec 2 services Goûter : 16h Diner : 19h à 20h30 Collation du soir : à partir de 22H30 jusqu'à 5h30 Le jour de la visite, lors de l'observation des repas dans l'unité **"Cigogne",** plusieurs constats ont été effectués **:** ○ À 12h15, le service du repas débute, après avoir attendu l'arrivée de l'ensemble des résidents. 9 résidents étaient présents, accompagnés de 3 membres du personnel en salle : un éducateur spécialisé, une AS et une personne faisant fonction d'AS. Le personnel présent s'installe à table pour partager le repas avec les résidents. ○ Les tables sont attribuées nominativement aux résidents, avec une étiquette comportant leur nom et leur photo. Chaque place est également équipée d'un set de

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			table illustré de pictogrammes indiquant l'emplacement de l'assiette, des couverts et du verre, afin de faciliter l'autonomie lors du déjeuner. ○ Des tabliers en plastique sont proposés aux résidents afin de protéger leurs vêtements pendant le repas. ○ D'après les entretiens, des mets de substitution peuvent être proposés aux résidents en cas de besoin. ○ Sont affichés dans la salle : ▪ Les gestes à réaliser en cas de fausse route. ▪ Un plan de table. ▪ Une note d'information. ▪ Une feuille de surveillance de l'hygiène en restauration, incluant la température des plats. ▪ Une fiche diététique précisant notamment les textures adaptées (haché/mixé). ▪ Un planning des tâches à réaliser par les résidents (ex. : P. doit nettoyer la table, D. doit jeter les poubelles). ▪ Un tableau récapitulatif avec les noms et prénoms des résident. ▪ Des pictogrammes illustrant les aliments à consommer au petit-déjeuner. ▪ Une fiche regroupant les habitudes de vie de chaque résident. Cependant, plusieurs éléments sont à signaler : ○ Le menu du jour n'est pas affiché, ce qui limite l'information des résidents sur les repas proposés. ○ Aucun membre du personnel ne porte de tenue adaptée au service, ce qui contrevient aux règles d'hygiène en restauration collective. ○ Le repas du personnel n'est pas dissocié de celui des résidents, ce qui soulève des interrogations quant à la répartition des quantités servies aux usagers. Le jour de la visite, lors de l'observation du déjeuner dans l'unité **"Flamand"**, plusieurs constats ont été effectués **:** ○ Une aide à l'alimentation est apportée aux résidents qui en ont besoin. ○ De l'eau et du pain sont mis à disposition des résidents pendant le repas. Cependant, plusieurs éléments sont à signaler : ○ Aucune serviette n'a été mise à disposition. ○ Le personnel n'est pas identifiable : aucun ne porte de blouse ni de badge nominatif.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			○ L'une des AS portait son sac à main pendant le service. ○ Le repas du personnel n'est pas dissocié de celui des résidents, ce qui soulève des interrogations quant à la répartition des quantités servies aux usagers. ○ Le repas observé présentait un manque d'organisation : aucun menu complet n'a été servi, le nombre de plats ne correspondait pas au nombre de résidents présents et aucun dessert n'a été proposé. Le Directeur-adjoint a dû intervenir sur ce dernier point pour que des glaces soient distribuées. ○ Dans la salle à manger : présence de placards identifiés par usagers (prénom et photo) fermés à clés. Ceux-ci contiennent les denrées alimentaires à restriction (sucrées). Un placard non identifié est cependant laissé ouvert avec des produits détergents potentiellement dangereux. **Écart 23 : En ne mettant pas en place une organisation sécurisée des prises de repas, l'établisseement contrvient à l'Article L311-3 du CASF.**
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	**5.2.2. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes** Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ? *L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité),*	Non	Aucun élément ne permet d'attester que les professionnels de santé ont été formés aux troubles de la déglutition, une formation pourtant essentielle pour garantir la sécurité des résidents lors des repas. **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.**

5.3. La dispensation des soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées,)? ***Article D344-5-3* CASF** *(L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)*	Non	Des données statistiques sur les couvertures de traçabilité des actes IDE et des actes AS entre le 09/06/2025 au 16/06/2025 sur le logiciel [redacted]® n'ont pas été remis à la mission. **Écart 25 : En l'absence de preuves traçabilité des actes IDE et des actes AS, l'établissement contrevient à l'article D344-5-3 du CASF.**
3.8 Champ thérapeutique	**5.3.1. Gestion des urgences médicales** 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 ? ***Article D344-5-6*** *CASF (1° Matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales, dans l'attente de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent vers un établissement de santé) ;*	Partiellement	Le chariot d'urgence est difficilement maniable, instable lors des déplacements, et son transport est d'autant plus contraignant que l'obus d'oxygène est rangé dans une mallette. Ces éléments nuisent à une prise en charge efficace en situation critique. **Écart 26 : 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.**
	En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignote) *R157-4 CCH (Directeur responsable de la maintenance et contrôle qualité du DAE)*	Non	En dépit d'une vérification attestée, le DAE n'était pas fonctionnel le jour de l'inspection, les piles devant être remplacées selon la fiche de contrôle datée du 14/04/2025. **Écart 27 : En ne garantissant pas l'effectivité du fonctionnement du DAE l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-3 alinéa 1 du CASF (et l'article R157-2 du CCH).**
	Signalé de manière claire et visible ? *Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)* *R157-2 CCH (DAE visible du public, facile accès, signalétique)* ***Loi du n°2018-527 du 28 juin 2018,*** ***Décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018,*** ***Décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018,*** ***Arrêté du 29 octobre 2019 ,***	Non	Le DAE doit être installé au rez-de-chaussée, dans un emplacement facilement accessible au public en permanence. Actuellement, il n'est pas signalé à l'accueil et se trouve derrière des portes menant à une salle de soins fermée à clé. Sa signalisation est insuffisante. **Écart 28 : En l'absence d'un emplacement clairement identifié et d'une signalétique visible permettant un accès permanent au DAE pour le public, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-3 alinéa 1 du CASF (et l'article R157-2 du CCH).**

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	5.3.1.1. Les soins palliatifs		
	Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs au sein de la structure ? *Article R4312-43 CSP (Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé).* *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes HAS, mars 2018* *Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie HAS 2020* *Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad, HAS 2018*	Non	Aucun protocole relatif aux soins palliatifs n'a été transmis à la mission. L'établissement accueille des personnes atteintes de handicap de plus de 60 ans et a déjà eu plusieurs décès parmi ses résidents. **Écart 29 : En ne disposant pas d'un protocole relatif aux soins palliatifs, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-43 du CSP.**

5.4. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	**5.4.1. Le circuit du médicament**		
	5.4.1.1. Livraison *Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ?* *Article R4312-38 CSP (L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption).*	Partiellement	Un contrôle des PDA est réalisé d'après les professionnels rencontrés, mais il n'est pas formalisé. **Écart 30 : 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.**
	5.4.1.2. Stockage **L'enceinte réfrigérée** pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants : - Elle est dédiée à ce type de médicaments ; R5126-109 CSP (dispositif de stockage dédié)	Non	La mission a constaté la présence de denrées alimentaires dans le réfrigérateur destiné au stockage des médicaments thermosensibles. D'après les entretiens, cette situation est liée à l'attente de la livraison d'un nouveau réfrigérateur. Un réfrigérateur, présenté comme exclusivement réservé aux médicaments thermosensibles, a été livré l'après-midi de l'inspection, sans que la mission ne puisse vérifier la réalité de son emploi

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 31 : En ne garantissant pas la conservation exclusive des médicaments thermosensibles dans un réfrigérateur spécifiquement dédié, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-109 du CSP.
	- Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)	Partiellement	La mission a relevé une irrégularité dans la traçabilité quotidienne des températures, ce qui peut avoir pour conséquence l'administration de médicaments périmés.
			Écart 32 : 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.
	Existe-t-il une dotation dédiée aux soins urgents, et celle-ci fait-elle l'objet d'une liste formalisée ? ***Article R5126-108*** CSP	Partiellement	L'établissement dispose d'un stock de médicaments destiné à répondre aux besoins urgents, dont les dates de péremption sont vérifiées mensuellement. Toutefois, aucune liste formalisée de cette dotation n'a été transmise à la mission.
			Écart 33 : En ne disposant pas d'une liste de dotation pour les soins urgents, l'établissement contrevient à l'article R5126-108 du CSP.
	5.4.1.3. Distribution et administration La **délégation de la distribution** des médicaments : Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE la nuit ?		Les traitements de nuit sont préparés par les IDE et distribués par les AS de nuit. Ils sont rangés dans des contenants identifiés par le nom, prénom, date de naissance et photo du résidents. Les traitements sont déposés dans une armoire à l'infirmerie sécurisée.
			Écart 34 : En ne s'assurant pas que l'administration des médicaments la nuit est réalisée par des professionnels habilités, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4311-4 du CSP.
	Y a-t-il **une traçabilité de l'administration** ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant) L311-3 1° CASF (sécurité résident) Article R4312-35 CSP (L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi).	Non	Bien que l'établissement dispose du logiciel de soins [redacted]®, il n'existe actuellement aucune traçabilité précise de l'administration ou de la non-administration des traitements. Les seules mentions enregistrées se limitent à des indications générales telles que "Traitement habituel", à cocher à différents moments de la journée. Cette méthode d'enregistrement ne permet pas de savoir avec certitude quels traitements ont réellement été administrés ou non aux résidents. Les prescriptions médicales sont réalisées sous format papier et rangées dans les classeurs dédiés à chaque unité. Elles ont été établies par les médecins traitants et le médecin psychiatre. Cependant, selon les entretiens et les documents transmis, un seul des onze médecins traitants mentionnés dans la pièce 37, ainsi que le médecin psychiatre, interviennent effectivement dans l'établissement. Aucun de ces deux professionnels de santé n'utilise le logiciel de soins pour la saisie des prescriptions.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			L'absence de traçabilité des actes infirmiers liés à l'administration des traitements compromet la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents. **Écart 35 : 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.**

6. Récapitulatif des écarts et des remarques

6.1. Écarts

Écart 1 : En ne disposant pas d'une procédure de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient à l'article D311-38-3 du CASF. 9

Écart 2 : En ne portant que sporadiquement les actions de promotions de la bientraitance, la Direction de l'établissement contrevient à l'article L311-3 (7ème alinéa) du CASF. 9

Écart 3 : Il existe une « Conduite à tenir par les salariés en cas de maltraitance » et une seconde à destination des cadres, ainsi qu'une charte. Ces conduites à tenir ne sont pas connues par les salariés rencontrés. En n'ayant pas formalisé et fait vivre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient à l'article L311-3, 1 du CASF. 10

Écart 4 : En l'absence de dispositif formalisé de supervision ou d'analyse des pratiques associant l'ensemble des professionnels, notamment les équipes éducatives et soignantes, l'établissement contrevient à l'article D344-5-16 du CASF. 10

Écart 5 : En n'informant pas le professionnels de leur protection, l'établissement contrevient à l'article L313-24 du CASF. 11

Écart 6 : En ne disposant pas d'un local dédié à l'entreposage des DASRI conformément à la réglementation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R1335-6 du CSP. 12

Écart 7 : En n'identifiant pas l'ensemble des containers à DASRI et OPCT conformément à la réglementation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R1335-6 du CSP. 12

Écart 8 : En n'actualisant pas les projets d'accompagnement personnalisés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 du CASF. 13

Écart 9 : En n'ayant pas désigné de référents pour les résidents, l'établissement contrevient à l'article D344-5-10 du CASF. 13

Écart 10 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement à jour depuis 2023 et affiché, l'établissement contrevient à l'article L311-8 et D344-5-5 du CASF. 14

Écart 11 : En ne réalisant pas un enregistrement et un suivi formalisé des réclamations l'établissement contrevient aux articles L 311-3 (1° et 3°) et L311-6 du CASF. 14

Écart 12 : En ne déployant pas une réelle culture de gestion des EI et EIG, l'établissement contrevient à l'article R1413-68 du CSP. 15

Écart 13 : En l'absence d'éléments de preuve attestant de la qualification des personnels soignants, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF. 16

Écart 14 : En ne recrutant pas les postes budgétés, l'établissement contrevient aux articles L311-3 (1° et 3°) du CASF. 16

Écart 15 : En l'absence de contrôle de l'inscription à l'ordre des infirmiers des professionnels concernés, l'établissement contrevient à l'article L4311-15 du CSP. 17

Écart 16 : En ne mettant pas en place un dossier de soin personnalisé pour chaque résident dans le logiciel de soins Airmes®, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-35 du CSP. 17

Écart 17 : En ne maintenant pas un niveau d'hygiène et d'entretien suffisant, l'établissement contrevient à l'article L. 311-3 (1°) CASF. 19

Écart 18 : En n'assurant pas le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens, l'établissement contrevient à l'article L. 311-3 (1°) CASF 19

Écart 19 : En ne respectant pas l'identification des pièces et en utilisant peu une signalétique adaptée au public accueilli , l'établissement contrevient à l'article L. 311-3 (1°) CASF 19

Écart 20 : En ne veillant pas à un niveau d'entretien acceptable, l'établissement contrevient à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF. 21

Écart 21 : En ne proposant pas un socle de prestations d'hébergement minimal à tous les résidents, l'établissement contrevient à l'Article D312-159-2 du CASF 21

Écart 22 : En l'absence d'élément de preuves justifiant une traçabilité du suivi et de la réalisation de l'hygiène corporelle des usagers, l'établissement contrevient à l'article L311-3(3°) du CASF. 22

Écart 23 : En ne mettant pas en place une organisation sécurisée des prises de repas, l'établisseement contrvient à l'Article L311-3 du CASF. 24

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. 24

Écart 25 : En l'absence de preuves traçabilité des actes IDE et des actes AS, l'établissement contrevient à l'article D344-5-3 du CASF. 25

Écart 26 : 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. 25

Écart 27 : En ne garantissant pas l'effectivité du fonctionnement du DAE l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-3 alinéa 1 du CASF (et l'article R157-2 du CCH). 25

Écart 28 : En l'absence d'un emplacement clairement identifié et d'une signalétique visible permettant un accès permanent au DAE pour le public, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-3 alinéa 1 du CASF (et l'article R157-2 du CCH). 25

Écart 29 : En ne disposant pas d'un protocole relatif aux soins palliatifs, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4312-43 du CSP. 26

Écart 30 : 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. 26

Écart 31 : En ne garantissant pas la conservation exclusive des médicaments thermosensibles dans un réfrigérateur spécifiquement dédié, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5126-109 du CSP. 27

Écart 32 : 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. 27

Écart 33 : En ne disposant pas d'une liste de dotation pour les soins urgents, l'établissement contrevient à l'article R5126-108 du CSP. 27

Écart 34 : En ne s'assurant pas que l'administration des médicaments la nuit est réalisée par des professionnels habilités, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R4311-4 du CSP. 27

Écart 35 : 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 lesmodalités de suivi thérapeutique. Cette situation constitue un manquement aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF. 28

7. Conclusion

L'inspection sur place de la MAS VAL DES HERONS, gérée par l'association « Chalouette Autisme Essonne » a été réalisée le 26 mai 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

Les constats immédiats faits lors de la visite sur site du 26/05/2025 sont les suivants :

Une politique de lutte contre les maltraitances très insuffisante :

- La structure ne dispose pas de politique explicite et d'actions structurées pour prévenir et combattre les maltraitances pour prévenir et lutter contre la maltraitance.
- Les actions de promotion de la bientraitance sont menées de façon sporadique.

Une sécurisation de la prise en charge insuffisante :

- Les événements indésirables ne sont pas intégrés à une démarche globale de prévention des risques.
- De nombreuses pratiques inadaptées compromettent la continuité, la sécurité et l'individualisation de la prise en charge
- Le circuit de soins présente des fragilités certaines (traçabilité déficiente, absence de protocoles formalisés ou protocoles incomplets, etc.).
- Le matériel d'urgence et les équipements de sécurité ne sont pas pleinement fonctionnels.

Une gouvernance défaillante

- Certaines obligations administratives ne sont pas mise en application
- L'organisation de la gouvernance est partiellement déployée (absence de réunions ou de représentations essentielles).
- Les outils de pilotage et de supervision (projet d'établissement, suivi des plaintes, retours des usagers) sont peu actualisés et formalisés.
- Confusion entre la MAS et le foyer de vie, sans distinction organisationnelle claire

Des fonctions supports inefficaces :

- Des insuffisances majeures sont relevées dans l'organisation des fonctions logistiques et techniques (gestion des déchets de soins, entretien des locaux, identification des espaces).
- La gestion des ressources humaines montre des carences en matière de recrutement, de fidélisation, de qualification et d'information des professionnels.
- Le matériel et les outils spécifiques à la sécurisation des soins (réfrigérateurs, signalétiques…) ne sont pas toujours appropriés ou correctement utilisés.
- Une hygiène générale des bâtiments dégradée est constatée.

Une prise en charge non sécurisée :

- Les prestations d'hébergement et les conditions de vie ne satisfont pas à un niveau de qualité standard.
- Des lacunes apparaissent dans l'identification des référents et dans le partenariat avec les structures d'insertion.
- Les projets d'accompagnement ne sont pas systématiquement individualisés ou mis à jour.

Une qualité des soins altérée :

- Les soins sont rendus vulnérables par l'absence de procédures de supervision, de protocoles adaptés et de formations ciblées pour le personnel.
- Des points critiques concernent la gestion du médicament, les soins de fin de vie et les pratiques autour des repas et de la déglutition.

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

Evry-Courcouronnes, le 27 juin 2025

Inspectrice coordinatrice assermentée de

l'Agence régionale de santé Ile-de-France

Zahira, KADA

8. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCH : Code de la construction et de l'habitation

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CNR : Crédits non reconductibles

CoViD : Corona Virus Disease

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DAOM : Déchets assimiles aux ordures ménagères

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique

IEM : Institut d'éducation motrice

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

IME : Institut médico-éducatif

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

PE : Projet d'établissement

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PH : Personne porteuse d'un handicap

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SF2H : Société française d'hygiène hospitalière

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

9. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Délégation départementale de l'Essonne

Madame Zahira KADA,
Coordinatrice et inspectrice désignée par le
Directeur général de l'Agence régionale de santé

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

Madame Melinda DJEMAI
Personne qualifiée désignée par l'ARS

Affaire suivie par : Zahira KADA
Courriel : zahira.kada@ars.sante.fr

Evry-Courcouronnes, le 19/05/2025

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 consigné 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 s'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectifs de :

- Lutter contre les maltraitances et les prévenir, 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 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 usagers (article 311-3 CASF).

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Le Val Des Hérons » située au 78 bis rue de Valorge à Brétigny-sur-Orge (N°FINESS 910003508) a été inscrite dans la programmation de ces contrôles.

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances : le respect des droits des personnes, la vie sociale et relationnelle, l'animation et le fonctionnement des instances et la gestion de la qualité ;
- Sécurisation de la prise en charge : la sécurité des lieux et personnes, les prises en charge de l'admission à la sortie et les relations avec l'extérieur ;
- La gouvernance de l'établissement : le management et la stratégie, la gestion des risques et des évènements indésirables ;
- Les fonctions support : la gestion des ressources humaines, la gestion d'information, les locaux et équipements ;
- Les prises en charge : l'hébergement, l'alimentation, les soins dispensés et le circuit du médicament.

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

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 Zahira KADA, coordinatrice de la mission, qui sera accompagnée des personnes qualifiées conformément à l'article L. 1421-1 du CSP suivantes :

- Madame Daniella DA VEIGA, infirmière,
- Madame Melinda DJEMAI, stagiaire à l'ARS.

L'inspection sera réalisée à partir du lundi 26 mai 2025 selon les modalités suivantes :

- L'inspection sera réalisée à partir de 9 heures 30, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)[1] s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tout document nécessaire à leur accomplissement.
- En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

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

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

Toutefois, si les constats conduisaient 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

Richade FAHAS

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

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

MAS LE VAL DES HERONS		
LISTE DES DOCUMENTS NUMEROTES A REMETTRE A l'ARS, à l'attention de Madame KADA		
1	Le règlement de fonctionnement de l'établissement	Transmis
2	Liste des personnes qualifiées	Transmis
3	Le projet d'établissement	Transmis
4	Plannings des animations 2024/2025	Transmis
5	Organigramme nominatif à jour de l'établissement	Transmis
6	Fiche de poste ou de mission du directeur	Transmis
7	Diplômes du directeur	Transmis
8	Tableau des astreintes de direction sur l'année 2025 (Astreinte jour et nuit)	Transmis
9	Le document unique de délégation du directeur	Transmis
10	2 Dernières enquêtes de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles avec analyse du résultat	Transmis
11	Calendriers et CR CODIR / COMEX / COPIL / réunions d'encadrement / réunions de service 2024- 2025	Transmis
12	CR commission restauration 2024	Transmis
13	Fiches de postes des personnels encadrant l'équipe soignante et éducative	Transmis
14	Diplômes des personnels qui encadrent l'équipe soignante et éducative	Transmis
15	Liste des professionnels relevant d'un Ordre et la date de leur dernière cotisation	Transmis
16	Composition du CVS	Transmis
17	Procès-verbaux ou comptes-rendus 2024 - 2025 du CVS	Transmis
18	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Transmis
19	Liste des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance 2024 et 2025	Transmis
20	Supports et documents relatif à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance	Transmis
21	Procédure interne de signalement des évènements indésirables	Transmis
22	Procédures de recueil des doléances/ réclamations des résidents et de leurs proches avec leurs traitements en 2024 et 2025	Transmis
23	Procédure de déclaration des EIG, maltraitance auprès des autorités compétences et la procédure de gestion de ces déclarations	Transmis
24	Etat des ETP budgétés en poste au jour de la visite par emploi, qualification, type de contrat (CDI - CDD) : '- équipe soignante '- équipe médicale et paramédicale '- équipe éducative '- équipe pédagogique	Transmis
25	La liste de tous les postes vacants ce jour et à venir déjà connus	Non transmis
26	Planning mensuel de tous les personnels jour M-1 (avril), M (mai) ; M+1 (Juin) et légende des codes utilisés	Transmis
27	Procédure de remplacement des absences programmées et inopinées	Transmis
28	Fiche de poste heurées de chaque catégorie de professionnel de jour et de nuit (moniteur éducateur, éducateur spécialisé, IDE, AS, AES, AMP, Auxiliaire de vie)	Transmis
29	Diplômes de l'ensemble des professionnels en charge des soins de jour et de nuit	Transmis
30	Plan de formation 2024 et 2025 (dont formations continues, diplômantes, VAE)	Transmis

31	Procédure d'accueil des nouveaux professionnels	Transmis
32	Liste anonymisée des résidents pris en charge au jour de la visite	Transmis
33	Procédure d'admission	Transmis
34	Modèle type du DIPC et du contrat de séjour	Transmis
35	Livret d'accueil	Transmis
36	Document relatif à la désignation personnes de confiance	Transmis
37	Liste nominative des médecins traitants et des usagers associés et le nombre d'usagers n'ayant pas de médecin traitant	Transmis
38	Procédure d'élaboration du PAI (pédagogique, éducatif et thérapeutique)	Transmis
39	Planning d'actualisation des projets individuels des usagers (Calendrier de création et de mise à jour des pour les présents et date de présentation des PAI aux représentants légaux) 2024 et 2025	Transmis
40	Modèle type PAI	Transmis
41	3 PAI anonymisés	Transmis
42	Plannings collectifs des animations / activités 2024 et 2025	Transmis
43	Conventions avec partenaires culturels et sportifs	Transmis
44	Protocoles relatifs à l'utilisation de la zone d'apaisement ou salle de calme-retrait et d'apaisement	Transmis
45	Convention avec un établissement de santé pour la prise en charge urgente	Transmis
46	Conventions avec d'autres établissements médico-sociaux	Transmis
47	Convention avec une équipe mobile gériatrique	Non transmis
48	Conventions HAD	Non transmis
49	Procédure d'organisation des sorties extérieures (journée et plusieurs jours)	Transmis
50	Liste des protocoles et ou procédure hors soins	Transmis
	SOINS	
51	Convention établie entre l'établissement et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	Transmis
52	Convention avec le prestataire pour l'enlèvement et le traitement des DASRI	Transmis
53	Livret thérapeutique ou liste préférentielle de médicaments	Transmis
54	Liste des professionnels référents et leurs thématiques	Transmis
55	Copie des protocoles ou procédures : 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, soins palliatives, fugue et chute.	Transmis
56	Liste des protocoles et procédure de soins	Transmis
57	Rapport d'activité médical annuel (RAMA)	Transmis

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

[redacted]