

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Affaire suivie par :
[REDACTED]

Courriels :
[REDACTED]
[REDACTED]

Monsieur le Directeur
Laurent SPANNAGEL
Maison d'Accueil Spécialisée
11 rue des Vignes
57155 MARLY

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté dans votre établissement, le **25 septembre 2025**, une inspection portant sur la prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour les personnes en situation de handicap.

Je vous ai transmis le 16 décembre 2025 le rapport d'inspection et les décisions que j'envisage de prendre.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

J'ai réceptionné votre réponse en date des 19 janvier et 13 février 2026, ainsi que les documents associés.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, je vous notifie la présente décision.

I. Prescriptions

Les prescriptions **P n°3, 4, 5, 7, 9, 11 et 13** sont **levées**.

Les prescriptions **P n°1, 2, 6, 8, 10, 12, 14 et 15** sont **maintenues**.

II. Recommandations

Les recommandations **R n°1, 2, 5, 9, 10, 13 et 14** sont **levées**.

Les recommandations **R n°3, 4, 6, 7, 8, 11 et 12** sont **maintenues**.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures dans le tableau en annexe.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du tribunal administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site **www.telerecours.fr**.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la Direction Territoriale de Moselle, à l'adresse électronique suivante : ARS-GRANDEST-DT57-DELEGUE@ars.sante.fr.

Par ailleurs, je vous prie de noter que les prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.



Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Directrice
adjoite de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Sandrine GUET
Nancy le 16/03/2026

Copies ARS Grand Est :

- Direction de l'Autonomie
- DT de Moselle

Annexe 1

**Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations définitivement maintenues,
en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.**

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E 1	Le projet d'établissement 2025-2029 est en cours de finalisation. Le précédent, datant de 2015, n'a pas été renouvelé dans les délais prévus par l'article L. 311-8 du CASF, qui fixe la durée de validité à cinq ans.	14	Pre 1	Finaliser la rédaction du projet d'établissement et transmettre la version finalisée.	1 mois
Vous transmettez le support présenté aux instances (exemple : Conseil de Vie Social...) qui contient le plan d'action du projet d'établissement. La version finalisée du projet d'établissement n'est pas transmise. La prescription n°1 est maintenue.					
E 2	La version synthétisée du projet d'établissement transmise, actuellement en cours de finalisation, ne fait pas mention d'une consultation au préalable du CVS ou autre forme de participation comme mentionné dans l'article L. 311-8 du CASF	15	Pre 2	Présenter le projet d'établissement devant le conseil de la Vie Sociale une fois la rédaction finalisée, si celui-ci n'a pas été présenté. Et mentionner les dates de présentation et de validation du projet d'établissement.	Au prochain CVS
Le CVS a été consulté pendant la phase de réalisation sur le projet d'établissement le 20/06/2025. Vous prévoyez de présenter la version finalisée en avril 2026. Dans l'attente, la prescription n°2 est maintenue.					
E 3	La version du règlement de fonctionnement transmise à la mission ne semble pas être définitive ou comporte des coquilles. En effet, le document indique que le règlement a initialement été adopté par le Conseil d'Administration le 31/10/2008, après avis du Comité Technique d'Établissement le 28/10/2008, et du Conseil de la Vie Sociale, le 10/02/2009. Cela ne permet pas de mesurer le caractère actuel de la validation des instances conformément à l'article R311-33 du CASF	17	Pre 3	Transmettre le règlement de fonctionnement, en vigueur, avec les dates d'adoption qui correspondent à sa mise en œuvre.	1 mois
Vous adressez le règlement de fonctionnement actualisé des mentions de consultation. La prescription n°3 est levée.					

E 4	L'Établissement a transmis un livret d'accueil relatif à la MAT, la Maison d'Accueil Temporaire, ce qui représente une partie de l'autorisation dédiée à la MAS.	19	Pre 4	Transmettre à la mission le livret d'accueil de l'entièreté de la MAS	1 mois
Vous adressez le livret d'accueil de la MAS (version-février 2026). La prescription n°4 est levée.					
E 5	Le coût prévisionnel du contrat de séjour n'est pas détaillé, ce qui est contraire à l'article L311-4 du CASF.	22	Pre 5	Annexer un tableau tarifaire ou une fiche descriptive des prestations pour une transparence complète vis-à-vis de l'utilisateur et être en conformité avec l'article L311-4 CASF.	3 mois
Vous informez que l'annexe tarifaire était adressée à part et remise avec le contrat de séjour. Elle est désormais annexée au contrat de séjour. La prescription n°5 est levée.					
E 6	Le contrat de séjour de la MAS ne contient pas l'accord de principe ou le refus du résident concernant le contrôle de son espace privatif, ce qui est contraire à l'article L311-4 CASF.	22	Pre 6	Ajouter une clause spécifique indiquant que « la personne accueillie (ou son représentant légal) est informée des conditions d'accès des professionnels à son espace privatif et exprime son accord de principe ou son refus motivé », permettant ainsi une conformité à la réglementation.	3 mois 12 mois
Vous indiquez mettre en place la démarche à l'occasion des validations du projet d'accompagnement personnalisé afin de demander le positionnement de l'utilisateur sur une période de 12 mois. Dans l'attente la prescription n°6 est maintenue et un délai complémentaire est octroyé.					
E 7	En cours d'écriture, le projet d'établissement ne fait pas l'objet d'un affichage comme le prévoit la réglementation à l'article D.311-38-4 CASF.	23	Pre 7	Actualiser les affichages réglementaires, notamment le projet d'établissement une fois finalisé.	3 mois
A l'appui d'une photographie transmise à la mission d'inspection, les axes du projet d'établissement 2025-2029 sont affichés depuis le mois de février 2026. La prescription n°7 est levée.					
E 8	Des agents classés ASHQ, non titulaires d'un diplôme du soin ou de l'accompagnement, exercent des missions identiques à celles des AS et AES (aide aux soins, surveillance, aide à la prise de médicaments) ce qui représente des glissements de tâches. Cette situation contrevient aux exigences de qualification prévues à l'article D.344-5-14 du CASF.	42	Pre 8	S'assurer que seuls des personnels titulaires d'une qualification conforme aux exigences du D.344-5-14 du CASF exercent des fonctions d'accompagnement et d'aide aux soins, et à adapter les affectations ou le plan de formation en conséquence (6 mois). En cas de VAE ou formation qualifiante en cours, transmettre les pièces justificatives.	1 mois
Vous transmettez le tableau de recensement des personnels ASHQ qui renseigne les besoins de parcours de qualification, intégré dans le plan de formation 2026. Le plan de formation sera soumis à la validation au CSE en mars 2026. Dans l'attente de l'effectivité des formations, la prescription n°8 est maintenue.					

E 9	Les fiches de poste des agents d'accompagnement, de jour et de nuit, ne mentionnent pas les qualifications exigées pour l'exercice de leurs missions. Or, celles-ci comportent des tâches relevant du champ du soin (surveillance, aide à la prise de médicaments, accompagnement à l'hygiène), nécessitant des compétences certifiées conformément à l'article D.344-5-14 du CASF. Cette absence de précision ne garantit pas la conformité du profil de poste aux exigences réglementaires de qualification professionnelle.	44	Pre 9	Mettre à jour les fiches de poste des agents d'accompagnement afin d'y faire figurer les qualifications requises pour l'exercice des fonctions. Si nécessaire, ajuster les affectations ou redéfinir les missions afin de garantir la conformité entre les qualifications détenues et les activités exercées.	1 mois
Vous transmettez les fiches de poste modifiées. La prescription n°9 est levée.					
E 10	Les plannings réalisés des mois de juillet et septembre 2025 ainsi que la légende associée, pourtant explicitement demandés dans la liste des documents à transmettre, n'ont pas été fournis à la mission. Seuls les plannings réalisés d'août 2025 (partiellement renseignés, certains noms n'étant pas apparents) et les plannings prévisionnels de septembre et octobre 2025 ont été transmis. Cette absence de documents entrave l'analyse complète de l'organisation des ressources humaines, de la continuité d'accompagnement et de la conformité des effectifs présents au regard des obligations réglementaires. Elle ne permet pas à la mission d'atteindre pleinement les objectifs de contrôle prévus, en contradiction avec les obligations de transmission d'information prévues à l'article L.1421-3 du CSP.	46	Pre 10	Transmettre à la mission l'ensemble des plannings réalisés et prévisionnels demandés (juillet, août, septembre 2025), accompagnés de leur légende complète, permettant d'identifier les professionnels présents, leur qualification, leur positionnement et leur répartition par unité (noms lisibles, intérimaires...).	1 mois
Vous adressez les plannings réalisés des mois de juillet, août et septembre 2025 des infirmiers, des accompagnants de nuit et des agents d'accompagnement de chaque appartement. Ces derniers sont illisibles et non exploitables. Ils présentent de nombreuses informations écrites de manière manuscrite et raturée. Dans une optique de traçabilité et de transparence, la prescription n°10 est maintenue dans l'attente de versions claires, compréhensibles et lisibles.					

E 11	Le plan de formation n'intègre pas la formation obligatoire AFGSU et recyclage contrairement aux dispositions prévues à l'article 1 de l'arrêté du 30 décembre 2014, modifié le 07 juillet 2019, relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.	48	Pre 11	Intégrer dans le plan de formation de l'établissement la formation obligatoire AFGSU (niveaux adaptés selon les fonctions) ainsi que son recyclage périodique, conformément aux exigences prévues à l'article 1 de l'arrêté du 30 décembre 2014 modifié. Transmettre à la mission un planning de mise en conformité, incluant : - l'identification des professionnels devant être formés ou recyclés, - les dates prévisionnelles des sessions envisagées dès 2026 pour les professionnels priorités ; - les organismes de formation sollicités.	3 mois
Vous transmettez le plan de formation 2026 qui intègre l'AFGSU et les actions de recyclage ainsi qu'une formation en interne de conduite à tenir en cas d'urgence réalisée par le personnel. La prescription n°11 est levée.					
E 12	Le local destiné au stockage des DASRI ne comporte pas d'évacuation d'eau, ce qui est contraire à l'alinéa 8 de l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	57	Pre 12	S'assurer d'une implantation du stockage dans un lieu conforme à la réglementation dont l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	12 mois
Dans l'attente de la réalisation des travaux, la prescription n°12 est maintenue.					
E 13	L'utilisateur n'est pas informé de la possibilité de désigner une personne de confiance, ce qui constitue un écart à l'article L311-5-1 du CASF.	62	Pre 13	Formaliser la possibilité de désigner une personne de confiance par l'utilisateur et dans le cas où l'utilisateur ne le souhaite pas, mentionner clairement son choix dans le dossier.	2 mois
Vous transmettez le projet d'accompagnement personnalisé actualisé relatif à la désignation d'une personne de confiance. La prescription n°13 est levée.					
E 14	Dans la liste des conventions, il n'est pas fait mention de la convention signée avec la pharmacie de Marly ou une autre officine, contrairement aux dispositions de l'article L.5126-10 II du CSP.	69	Pre 14	Transmettre la convention existante et mettre à jour la liste des conventions. A défaut, établir une convention signée entre les deux parties, explicitant les modalités d'approvisionnement des médicaments entre l'officine et la MAS et désignant le pharmacien référent	1 mois 2 mois
Vous transmettez le marché conclu avec la pharmacie PIERSON située à Marly. Cependant, elle n'intègre pas la désignation d'un pharmacien référent. Dans l'attente de la modification, la prescription n°14 est maintenue.					

Remarque majeure 1	En 2024, le taux de rotation du personnel sur le site de Marly est élevé, estimé à environ 30 %. Les départs au sein de la MAS représentent à eux seuls 58 % des départs totaux enregistrés sur le site.	45	Pre 15	Poursuivre et renforcer les actions visant à stabiliser les équipes de la MAS, notamment par une politique de fidélisation et de soutien managérial adaptée, incluant le développement des compétences, l'amélioration de la qualité de vie au travail et l'analyse des causes de départs. Transmettre le plan d'actions.	3 mois 6 mois
---------------------------	--	-----------	---------------	--	--------------------------

Vous sollicitez un délai complémentaire de 6 mois pour la transmission du plan d'actions. En effet, une enquête RPS a été votée en décembre 2025. Vous souhaitez mettre en cohérence les deux démarches. **La prescription n°15 est maintenue et un délai complémentaire est octroyé.**

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R 1	Le projet d'établissement en cours de finalisation ne comporte pas à ce jour de projet de soins formalisé. Or, pour une Maison d'Accueil Spécialisée, l'intégration d'un projet de soins au sein du projet d'établissement constitue une exigence de bonnes pratiques, conformément aux recommandations de la HAS.	16	Rec 1	Veiller à l'existence d'un projet de soins formalisé, intégré au projet d'établissement, garantissant la cohérence des interventions médicales, paramédicales et éducatives au regard du public accueilli (polyhandicapé ou lourdement dépendant nécessitant une surveillance médicale et des soins constants).	3 mois
Vous transmettez le projet de soins 2025-2029 annexé au projet d'établissement. La recommandation n°1 est levée.					
R 2	La mission n'a pas été destinataire de comptes rendus de réunions de services, contrairement à ce qui est mentionné dans l'annexe 1 (élément n°15) de la lettre d'annonce de la mission.	27	Rec 2	Indiquer si des réunions de services existent. Dans l'affirmative, transmettre les trois derniers comptes rendus des réunions de services. A défaut, expliciter comment sont tracés les sujets, orientations et décisions.	1 mois
Vous adressez les comptes-rendus suivants : - De chaque appartement (mensuellement) : septembre, octobre et novembre 2025 ; - Des infirmiers (bimestriellement) : mai, septembre et novembre 2025 La recommandation n°2 est levée.					

R 3	La procédure qualité AH-PR-QUA relative au traitement des EI, EIG et EIGS mentionne, dans la partie 3 "ANALYSE PARTAGEE : PRECONISATIONS – PROPOSITIONS D'AMELIORATION" que "Le responsable de service évalue le niveau de gravité des faits constatés et/ou des risques encourus (de 1 à 4), et informe le Directeur pour tout niveau de gravité égal à 4, qui déterminera si l'événement indésirable ou la réclamation est considéré comme grave ou non." Sur la copie d'écran, il est possible de voir que 1 est une gravité qualifiée de mineure. La détermination des niveaux n'est pas définie ni décrite dans les documents transmis.	34	Rec 3	Lors de la survenue d'un EI/EIG/EIGS, indiquer à la mission comment le déclarant sait quel niveau appliquer ? Où se trouvent les informations qui permettent de déterminer cela ?	1 mois 3 mois
Vous indiquez qu'une chargée qualité est recrutée à partir du mois de février 2026 et qu'elle aura la charge de la mise en œuvre de la recommandation. Pour ce faire, vous demandez un délai complémentaire de 2 mois. La recommandation n°3 est maintenue et un délai supplémentaire est octroyé					
R 4	La vérification des extraits du casier judiciaire est réalisée uniquement lors de l'embauche.	43	Rec 4	Formaliser une procédure de vérification périodique du casier judiciaire du personnel, afin de garantir le respect durable des obligations d'honorabilité des professionnels.	3 mois
La recommandation n°4 est maintenue.					
R 5	La pièce 28 "Documents mis à disposition des intérimaires et des nouveaux arrivants, lors de leur prise de fonction" demandée n'a pas été transmise.	47	Rec 5	Transmettre le document mis à disposition auprès des intérimaires et des nouveaux arrivants, lors de leur prise de fonction. A défaut le bâtir.	1 mois 3 mois
Vous transmettez l'ensemble des documents remis aux nouveaux arrivants. La recommandation n°5 est levée.					
R 6	La mission a pu relever trois endroits où le propre et le sale se croisent. Premièrement dans un local dédié au linge au niveau du secteur 5 qui ne comporte qu'un seul accès, sans possibilité de marche en avant. Deuxièmement, il y a un local comprenant un vidoir dans lequel est entreposé un chariot collecteur de déchets à proximité de rouleaux d'essuie-mains neufs et non emballés.	49	Rec 6	Globalement, réfléchir à une organisation où le sale ne croise pas le propre. Procéder au nettoyage du local [REDACTED] Poursuivre systématiquement la datation des denrées alimentaires consommées/cuites lorsqu'elles sont stockées dans les réfrigérateurs. Réaliser le dégivrage et nettoyage des congélateurs. Assurer le suivi des péremptions.	3 mois

	Troisièmement, au sein du secteur 4, le local dédié à [REDACTED] comporte un vidoir avec une machine à laver à proximité immédiate. Ce lave-linge, qui contient encore des lavettes (propres ? souillées ?), est sale. Par ailleurs, dans la cuisine du secteur 5, le frigo observé comporte un gâteau gardé sous cellophane et ne comportant pas de date de réalisation. Cela rend impossible le fait de savoir depuis combien de temps il est présent. Un constat analogue a été réalisé dans le réfrigérateur du secteur 4. En effet, bien que ce dernier comporte beaucoup de denrées datées, il y a la présence d'une barquette en inox qui ne comporte pas d'éléments permettant de la dater. De même au sein du congélateur, outre le givre massif apparent, il y a une glace sortie de sa boîte et dont la date de péremption est inconnue.				
Vous avez contacté la société [REDACTED] comme l'atteste le mail transmis, puis vous prévoyez la rédaction d'une procédure de respect de la marche avant dans le temps pour le local ainsi que le rappel des consignes aux agents sur l'application pour le mois d'avril 2026. Dans l'attente, la recommandation n°6 est maintenue.					
R 7	Dans les couloirs desservant les chambres, il y a des placards dénués de rangement. A titre d'exemple, pour l'un on y trouve des chaussures du personnel alors que des vestiaires sont à leur disposition. Et pour l'autre des éléments de décoration et des denrées alimentaires.	56	Rec 7	Procéder au rangement de l'ensemble des placards de la MAS et trouver une organisation quant à leur vocation. Mettre également en place un mode opératoire de recensement régulier de leur contenu ainsi qu'un suivi des péremptions s'ils contiennent des denrées périssables.	3 mois
Vous prévoyez de rappeler les dispositions relatives à l'utilisation des vestiaires et aux règles en matière de tenue professionnelle au mois d'avril 2026. Dans l'attente, la recommandation n°7 est maintenue.					
R 8	Dans les toilettes, il n'y a aucun dispositif d'appel pour les usagers.	59	Rec 8	Indiquer à la mission le positionnement de la Direction sur le fait qu'il n'y ait pas de dispositif d'appel dans les toilettes. Des réflexions sont-elles en cours ?	1 mois
Vous avez procédé à une estimation de l'installation du dispositif et une intégration prévisionnelle au programme pluriannuel d'investissement pour l'année 2026. Dans l'attente, la recommandation n°8 est maintenue.					

R 9	Le suivi des péremptions du chariot d'urgence est incomplet	68	Rec 9	Assurer l'exhaustivité du contrôle lors de la vérification des péremptions des produits et dispositifs médicaux disponibles dans le chariot d'urgence.	Immédiat
Un rappel des bonnes pratiques a été fait auprès du personnel infirmier le 19 janvier 2026 par voie électronique, comme atteste la copie du mail transmis. Vous informez également avoir fait un rappel via le logiciel et en régulation. De plus, la procédure afférente renseigne la consigne une fois par mois. La recommandation n°9 est levée.					
R 10	Au moment de la visite, l'aspirateur à mucosités n'est pas branché et sa batterie ne fonctionne pas. Après quelques minutes de charge, l'appareil fonctionne correctement.	68	Rec 10	Mettre en place une procédure permettant de s'assurer que l'appareil à aspiration est fonctionnel de façon permanente, y compris lorsqu'une prise électrique n'est pas disponible.	Immédiat
Un rappel des bonnes pratiques a été fait auprès du personnel infirmier le 19 janvier 2026 par voie électronique, comme atteste la copie du mail transmis ainsi qu'en régulation et via le logiciel. La recommandation n°10 est levée.					
R 11	Plusieurs flacons de traitement sous forme buvable ou à usage cutané sont ouverts sans que la date d'ouverture ne soit mentionnée sur le flacon (À noter que lors de la visite, l'IDE a immédiatement jeté les flacons retrouvés ouverts et non datés).	69	Rec 11	Mettre en place une procédure concernant la conservation des traitements buvables et en application locale.	Immédiat 3 mois
Un rappel des bonnes pratiques a été fait auprès du personnel infirmier le 19 janvier 2026 par voie électronique, comme atteste la copie du mail transmis. Vous sollicitez un délai complémentaire de 3 mois pour la réalisation de la procédure (cf. fiche action du projet de soins). La recommandation n°11 est maintenue et un délai de 3 mois est octroyé.					
R 12	Lors de la visite, l'équipe d'inspection a remarqué, dans un des appartements, que les traitements à distribuer lors du prochain repas étaient entreposés de manière non sécurisée au-dessus d'un placard de la cuisine, dans une boîte non adaptée au stockage de traitement médical.	69	Rec 12	Mettre en place des boîtes ou pochettes adaptées à la conservation de traitements médicamenteux pour la distribution en salle à manger ou lors des sorties	Immédiat 3 mois
Un rappel des bonnes pratiques a été fait auprès du personnel infirmier le 19 janvier 2026 par voie électronique, comme atteste la copie du mail transmis. En lien avec la recommandation n°11, vous sollicitez un délai complémentaire également. La recommandation n°12 est maintenue et le délai est prolongé de 3 mois.					

R 13	Le code du coffre à stupéfiants n'a jamais été changé.	69	Rec 13	Formaliser un document qui permet d'organiser le changement régulier du code du coffre à stupéfiants.	Immédiat
Un rappel des bonnes pratiques a été fait auprès du personnel infirmier le 19 janvier 2026 par voie électronique, comme atteste la copie du mail transmis ainsi que via le logiciel et la régulation. La recommandation n°13 est levée.					
R 14	Au moment de la visite, la feuille de traçabilité est bien présente sur la porte du frigo mais aucun relevé n'est mentionné entre le 12 et le 25/09.	69	R 14	Formaliser un document permettant un suivi quotidien de la température du frigo, ainsi que son entretien.	Immédiat
Un rappel des bonnes pratiques a été fait auprès du personnel infirmier le 19 janvier 2026 par voie électronique, comme atteste la copie du mail transmis, ainsi que via le logiciel et la régulation. La recommandation n°14 est levée.					