

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé**

**Établissement d'accueil médicalisé
(EAM) LES LILAS
15 rue du Pré Meunier 77120 COULOMMIERS
FINESS ET n°770021392**

**RAPPORT D'INSPECTION
2025_IDF_00079
Contrôle sur place le 10 avril 2025**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF
- Madame [REDACTED], médecin inspecteur de l'ARSIDF, responsable de programmes d'inspection et d'évaluation, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF
- Madame [REDACTED] DEONOTER, chargée d'accompagnement et de suivi des ESSMS, Conseil départemental de Seine-et-Marne
- Madame [REDACTED] ROBERT, coordonnatrice hébergement - domicile des ESSMS, Conseil départemental de Seine-et-Marne

Accompagnée de :

- Madame [REDACTED] LEZERE, chargée de contrôle, personne qualifiée, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF
- Monsieur [REDACTED], pharmacien, stagiaire ICARS, ARSIDF

**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 disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.1.1. Le régime juridique de la structure	10
1.1.2. L'autorisation	10
1.1.3. La population accueillie	11
1.1.4. Le CPOM	13
1.2. Management et Stratégie	15
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	15
1.2.2. Le projet d'établissement (PE), son contenu	15
1.2.3. Le plan bleu	15
1.2.4. L'organigramme	16
1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur	16
1.2.6. La direction de l'établissement :	16
1.2.7. La chef de service	16
1.2.8. La coordination des équipes	16
1.2.9. Le remplacement de la direction	17
1.2.10. Les délégations au directeur	17
1.2.11. Les subdélégations du directeur	18
1.2.12. Les CODIR / COMEX / COPIL	18
1.2.13. Les astreintes administratives	18
1.2.14. Les astreintes techniques	18
1.2.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	18
1.2.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	19
1.2.17. Les conflits entre direction et salariés	19
1.2.18. Les affichages	19
1.3. Animation et fonctionnement des instances	19
1.3.1. Le CVS	19
1.3.2. Les enquêtes de satisfaction	21
1.4. Gestion de la qualité	22
1.4.1. La direction	22
1.4.2. Le responsable qualité	23
1.4.3. Les professionnels référents	23
1.4.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	23
1.4.5. L'auto-évaluation	24
1.4.6. L'évaluation externe	25
1.4.7. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	25
1.4.8. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	25
1.4.9. La bientraitance en pratique	27
1.4.10. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels	28
1.4.11. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)	29
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	30
1.5.1. La direction	30
1.5.2. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	30
1.5.3. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	30
1.5.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	31
1.5.5. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	32
2. Fonctions support	33
2.1. Gestion des ressources humaines	33
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante et socioéducative salariés de la structure	33
2.1.2. Profils et effectifs des professionnels administratifs et techniques salariés de la structure	35
2.1.3. Les postes vacants sur la structure, le remplacement des postes non pourvus	35
2.1.4. Les contrats de travail	37
2.1.5. Le taux de rotation des professionnels	38
2.1.6. Les dossiers administratifs des professionnels	38
2.1.7. Le plan de formation des professionnels	39
2.1.8. Le procédure d'accueil des nouveaux professionnels	41
2.1.9. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	41
2.1.10. L'organisation générale du planning des professionnels	42
2.1.11. Les plannings des professionnels	42

2.1.12.	Analyse des plannings	43
2.1.13.	Les fiches de poste des professionnels	43
2.1.14.	Les glissements de tâches	43
2.2.	Gestion d'information	44
2.2.1.	Protection des données à caractère nominatif	44
2.2.2.	Le registre unique du personnel (RUP)	44
2.2.3.	Le registre des entrées et sorties des usagers	44
2.2.4.	Le registre des présences quotidiennes	44
2.2.5.	Le support et le contenu des dossiers des usagers	44
2.2.6.	La complétude des dossiers médicaux	45
2.2.7.	Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers	45
2.2.8.	Le dossier de soins	46
2.2.9.	Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux	46
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	46
2.3.1.	L'état général du bâtiment	46
2.3.2.	Le suivi des réparations	47
2.3.3.	L'accessibilité PMR des locaux	47
2.4.	Locaux et équipements	49
2.4.1.	Fonctionnalité et hygiène des locaux	49
2.4.2.	Les chambres	49
2.4.3.	La circulation dans les locaux	49
2.4.4.	La salle d'apaisement	49
2.5.	Sécurités	50
2.5.1.	Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	50
2.5.2.	Les vaccinations des usagers	50
2.5.3.	L'aide à la prévention des chutes	51
2.5.4.	La prévention des fugues/sorties à l'insu.	51
2.5.5.	PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public	51
3.	Prises en charge	52
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	52
3.1.1.	L'admission	52
3.1.2.	Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »	53
3.1.3.	Le contrat de séjour	53
3.1.4.	Le livret d'accueil	53
3.1.5.	Les médecins traitants	54
3.1.6.	Les transmissions inter équipes	54
3.1.7.	Relations avec la MDPH	54
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	54
3.2.1.	Les outils d'évaluation	54
3.2.2.	Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :	55
3.3.	Respect des droits des personnes	55
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	55
3.3.2.	La personne de confiance des usagers	55
3.3.3.	L'identification des usagers (identitovigilance)	56
3.3.4.	Les mesures de protection des biens	56
3.4.	Vie sociale et relationnelle	56
3.4.1.	Relations avec les familles	56
3.4.2.	Organisation de sortie extérieure	57
3.4.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	57
3.5.	Vie quotidienne	58
3.5.1.	Les activités	58
3.6.	L'hébergement.	58
3.6.1.	Le suivi de l'hygiène corporelle	58
3.6.2.	Le circuit du linge	59
3.7.	L'alimentation	59
3.7.1.	La conception des repas	59
3.7.2.	Les salles de restauration	59
3.7.3.	Les régimes, textures	59
3.7.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	60
3.7.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	60
3.8.	La dispensation des soins	61

3.8.1.	L'organisation des soins	61
3.8.2.	Plannings et continuité des soins	62
3.8.3.	Missions médicales	63
3.8.4.	Psychologue	64
3.8.5.	L'infirmier	64
3.8.6.	La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	67
3.8.7.	Gestion des urgences médicales	67
3.8.8.	Les prises en charge	69
3.8.9.	Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	69
3.8.10.	Les procédures et protocoles	70
3.8.11.	Les accompagnements	72
3.9.	Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	72
3.9.1.	Le circuit du médicament	72
3.9.2.	Prescription	72
4.	Relations avec l'extérieur - conventions.	75
	L'insertion	75
4.1.1.	L'insertion de la structure dans le territoire	75
	Les conventions	75
5.	Récapitulatif des écarts et des remarques	78
5.1.	Écarts	78
5.2.	Remarques	79
6.	Conclusion	82
7.	Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	84
8.	Annexes	85
Annexe 1	Lettre de mission des agents chargés du contrôle	85
Annexe 2		89
Annexe 3	Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	95

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et le conseil départemental de Seine-et-Marne.

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

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne et hébergement
 - Champ de l'éducation
 - Soins
- Relations avec l'extérieur
 - L'environnement
 - Coordination avec les autres secteurs

L'inspection inopinée s'est déroulée au sein de l'EAM la Résidence Les Lilas, le jeudi 10 avril 2025, à partir de 9h. La mission a été accueillie par la directrice adjointe. Le directeur territorial était présent à la restitution. La mission conjointe IRAS -CD 77 a pu accéder à tous les locaux, les documents, et a pu réaliser les entretiens sans écueil.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début 2025 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EAM (Établissement d'accueil médicalisé) dont la poursuite jusqu'en 2030 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des usagers accueillis en EAM et le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EAM, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des usagers, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EAM Les Lilas, situé au 15 rue du Pré Meunier 77120 COULOMMIERS (FINESS n°770021392), dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des usagers.

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EAM parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan, dans une catégorie de risque élevé.

Dans ce contexte, sur le fondement de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, le Directeur général de l'ARS Ile-de-France et le Président du Conseil Départemental de Seine-et-Marne ont décidé de diligenter une inspection de l'EAM Les Lilas, qui a notamment pour objet de contrôler :

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

Modalités de mise en œuvre

L'inspection a été réalisée conjointement par l'ARS d'Ile-de-France, et le Conseil départemental de Seine-et-Marne. Le contrôle a été réalisé sur site le 10 avril 2025 de manière inopinée. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en annexe 2.

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

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

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- Madame Sameya LADJADJ, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

- Madame Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin inspecteur de l'ARSIdF, responsable de programmes d'inspection et d'évaluation, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF
- Madame Marie Thérèse DESNOYERS, chargée d'accompagnement et de suivi des ESSMS, Conseil Départemental de Seine-et-Marne
- Madame Elisabeth ROBERT, coordonnatrice hébergement - domicile des ESSMS, Conseil départemental de Seine-et-Marne

Accompagnée de :

- Madame Allegria LEZERE, chargé de contrôle, personne qualifiée, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF
- Monsieur Baptiste GRAPPEPANCHE, pharmacien, stagiaire ICARS, ARSIDF

Présentation de l'établissement inspecté :

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Au cœur des parcours de vie - AEDE association médico -sociale, loi 1901.
Adresse de l'organisme :	ROUTE DE PEZARCHES
Code postal et Ville :	77515 HAUTEFEUILLE
Nombre d'ESSMS gérés	L'AEDE au cœur des parcours de vie, est une association médico-sociale (loi 1901), elle gère 29 établissements et services, en Ile-de-France et en Alsace. Le projet associatif élaboré en 2023 pour 10 ans.

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	15 rue du Pré Meunier
Code postal et Ville :	77120 COULOMMIERS
Courriel :	residencedeslilas@aede.fr
Téléphone fixe :	Tél : 01 64 65 81 60

Type de structure	
Type d'établissement / service :	437-foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés
Date d'ouverture :	01/11/2019
Statut juridique de l'entité juridique	Association loi 1901- non reconnu d'utilité publique
Option tarifaire :	09- ARS PCD mixte (2 arrêtés), habilité aide sociale
Date du CPOM (mm/aaaa) :	01/01/2023

L'EAM dispose d'une autorisation d'accueil et accompagnement spécialisé pour personnes handicapés (polyhandicap²) de :

-
-

Au jour de l'inspection, la file active de l'établissement est de [REDACTED] pris en charge.

La structure est organisée en unités de vie. Chaque unité communique et des espaces de vie commune sont présents.

	DEMETER	GAIA	EOLE	MORPHEE	HESTIA	PHILIA	HELIOS
Usagers AP : accueil permanent AT : Accueil temporaire	[REDACTED]						

Au jour de l'inspection deux usagers hors départements étaient pris en charge, leur réorientation est en cours.

² L'autorisation du 28/04/2010 porte sur la prise en charge de personnes présentant un « Handicap mental profond associé à d'autres déficiences (motrice, sensorielle et/ou psychique) ». Elle a été requalifiée par arrêté modificatif du 22/12/2021 en « prise en charge de personnes présentant un polyhandicap », conformément au CPOM 2020-2024.

³ Arrêté d'autorisation d'extension portant sur la création de ces 7 places du 03/09/2014.

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Selon les entretiens menés avec la direction, l'établissement permet l'accueil de résidents dans le cadre de l'urgence. Deux résidents peuvent être accueillis en urgence dans les deux chambres non occupées. Elles peuvent être utilisées pour répondre à des demandes émanant de la

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																
		CDAPH, ou des autorités de contrôle et de tarification, ou du groupe gestionnaire. Un contrat de séjour pour résident en accueil temporaire est alors signé. Une demande d'extension de [REDACTED] par les responsables de l'établissement, qui seraient sollicités régulièrement pour de l'accueil séquentiel, de répit ou d'urgence. Il est à noter que le préprojet prévoyait à la page 23 que le FAM accompagne 365 jours par an et 24 heures sur 24 des personnes adultes de plus de 20 ans avec autisme et autres troubles envahissants du développement ayant une orientation par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Le projet prévoyait [REDACTED] Écart 1 : L'établissement accueille des résidents dans le cadre de l'accueil d'urgence, modalité non mentionnée au sein de l'arrêté d'autorisation/création daté du XX, ce qui contrevient à l'article L 314-4 du CASF. Il ressort également des entretiens qu'un projet d'accueil temporaire plus important est en cours de réflexion, ce afin d'accueillir des usagers sur les week-ends. Cela permettrait un accueil de type répit. Une des réflexions qui est en cours porte sur l'utilisation de chambres déjà allouées à des résidents permanents et qui se rendent tous les week-ends auprès de leur famille Le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le projet individualisé, dans leur rédaction actuelle, ne permettent pas aux familles de libérer leur chambre le week-end pour qu'elle soit utilisée par un résident accueilli en urgence.																
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. <u>La population accueillie</u>	L'établissement accueille [REDACTED] porteurs de TSA, tous sous protection juridique. À l'ouverture de l'établissement, les résidents ont été accueillis progressivement afin de les familiariser avec leur nouveau lieu de vie et de prise en charge. L'établissement est organisé [REDACTED] unités de vie sécurisée, dont les cas complexes sont repartis sur deux unités. Les deux places d'accueil temporaire sont également sur deux unités distinctes.																
		<table><tr><th></th><th>DEMETER</th><th>GAIA</th><th>EOLE</th><th>MORPHEE</th><th>HESTIA</th><th>PHILIA</th><th>HELIOS</th></tr><tr><td>Usagers</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr></table>		DEMETER	GAIA	EOLE	MORPHEE	HESTIA	PHILIA	HELIOS	Usagers	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	DEMETER	GAIA	EOLE	MORPHEE	HESTIA	PHILIA	HELIOS											
Usagers	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]											

⁴ Article L313-4Version en vigueur depuis le 25 novembre 2018L'autorisation est accordée si le projet :1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé ou par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et, pour les établissements visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ;2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ;4° Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1 ou le plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées mentionné à l'article L. 312-5-3, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 312-5-2, L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation.L'autorisation fixe l'exercice au cours de laquelle elle prend effet. L'autorisation, ou son renouvellement, peuvent être assortis de conditions particulières imposées dans l'intérêt des personnes accueillies. Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires									
		AP : accueil permanent									
		AT : Accueil temporaire									
		Observation									
La population accueillie est réputée complexe voire violente. Il existe une complexité d'accueil sur toutes les unités même si une unité nommée Hélios, bénéficie d'un encadrement par un nombre de professionnels plus important par rapport au nombre d'usagers en raison de la complexité plus élevée des prises en charge. Au jour de l'inspection, la méthodologie d'évaluation de la complexité de certaines prises en charge n'est pas organisée, ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (Qualité de vie en MAS-FAM (Volet 3) Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement- Novembre 2004) Ce type d'évaluation permettrait de dégager, dès l'admission, les premiers outils et leviers qui favorisent une bonne prise en charge de l'usager en lien avec ses besoins. Remarque 1 : L'établissement n'a pas mis en place une évaluation de la complexité de la prise en charge pour l'accueil de ses nouveaux résidents, ce qui contrevient aux bonnes pratiques professionnelles. <i>Recommandation : Il est demandé à la direction de rédiger et de mettre en place une échelle de complexité pour l'accueil de ses nouveaux résidents.</i>											

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u>	Le règlement de fonctionnement date de 2019. Il a été basé sur le préprojet d'établissement à son ouverture. Écart 2 : <u>Le règlement de fonctionnement de l'établissement date de plus de 5 ans, ce qui contrevient au R.311-33 du CASF.</u>⁵
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE), son contenu</u>	L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement en cours de validité ou formalisé. Le préprojet élaboré à l'ouverture a été transmis à la mission.
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. <u>Le plan bleu</u>	Écart 3 : <u>L'établissement n'a pas élaboré de projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article L 311-8 du CASF</u>⁶ Un plan bleu existe et, selon la directrice, il a été élaboré en 2022. Le document transmis à la mission ne comporte pas de date, dès lors il ne peut être déterminé sa date effective de révision ou s'il est révisé. Écart 4 : <u>Le plan bleu n'a pas été révisé annuellement depuis 2022, ce qui contrevient à l'article R.311-38-1 (V) du CASF</u>⁷. À l'étude du plan de formation, la vérification des attestations de formations et dossiers des professionnels, il a été constaté que l'ensemble du personnel n'était pas formé aux systèmes de sécurité incendie (formation SSI). Écart 5 : <u>L'absence de formation à la sécurité incendie de l'ensemble du personnel contrevient à l'article L 311-3 (1) du CASF et à l'article L.4121-1 du Code du travail.</u>⁸

⁵ Article R311-33Version en vigueur depuis le 26 octobre 2004Le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation instituées en application de l'article L. 311-6. Il est modifié selon une périodicité qu'il prévoit. Celle-ci ne peut être supérieure à cinq ans.

⁶ Article L311-8Version en vigueur depuis le 09 février 2022Modifié par LOI n°2022-140 du 7 février 2022 - art. 22Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il désigne une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département et l'agence régionale de santé, à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté et qui est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. Le contenu minimal du projet, les modalités d'association du personnel et des personnes accueillies à son élaboration ainsi que les conditions de sa diffusion une fois établi sont définies par un décret. Ce décret définit les modalités d'affichage des documents, notices et services d'information dans les établissements. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle.

⁷à article R311-38-1Version en vigueur depuis le 06 janvier 2024Création Décret n°2024-8 du 3 janvier 2024 - art. 5 V.- Le plan mentionné au I est évalué, notamment sur la base d'exercices, et est révisé chaque année. Son évaluation et sa révision font l'objet d'une présentation aux instances compétentes des établissements sociaux et médico-sociaux.

⁸ Article L311-Modifié par LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 - art. 1L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :^{1°} Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. <u>L'organigramme</u>	Un organigramme a été transmis à la mission. [REDACTED] [REDACTED] - [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Il a été transmis à l'organisme gestionnaire pour validation.
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u>	Le gestionnaire concourt et valide tous les outils d'organisation de l'établissement, en effet il participe à l'élaboration et à l'actualisation du projet d'établissement par le biais de groupes de travail et de la mise à disposition de documents ressources émanant du siège, ainsi qu'à l'adaptation des moyens de la structure par le biais de dialogues de gestion (2 fois par an). Il est à noter que des outils d'organisation de service et de réalisation de la mission sont communs à toutes les structures de l'association (le système d'enregistrement et de gestion de la qualité, des événements indésirables, le modèle de contrat de séjour, les formations). Il concourt également aux modalités d'intervention coordonnées, notamment pour l'intervention du médecin généraliste (1 fois toutes les 2 semaines) et pour la télé médecine en lien avec le médecin coordinateur. Concernant le recrutement, le siège valide les candidatures et établit les contrats. Les sanctions disciplinaires et les licenciements sont gérés et réalisés par le service des ressources humaines du siège.
1.2. Management et Stratégie	1.2.6. <u>La direction de l'établissement :</u> 1.2.7. <u>La chef de service</u> 1.2.8. <u>La coordination des équipes</u>	<u>La directrice adjointe :</u> [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>La cheffe de service :</u> [REDACTED] [REDACTED] Comme la directrice adjointe, il lui a été fourni une fiche de poste à la signature de son contrat de CSE. <u>Les coordonnateurs :</u> [REDACTED] [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Le remplacement de la direction</u>	En cas d'absence de la directrice adjointe, le directeur de territoire ou la cheffe de service (CSE) de l'EAM Les Lilas assurent le remplacement de la directrice adjointe concernant l'organisation au quotidien. Concernant les actions inscrites dans le DUD, (document unique de délégation) la CSE se réfère au directeur territorial en cas d'absence de la directrice adjointe. La prise de congé de la directrice adjointe est toujours différenciée de celle de la cheffe de service. En cas d'absence exceptionnelle de la directrice adjointe et de la cheffe de service, c'est le directeur de territoire qui assure seul le remplacement sur site.
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les délégations au directeur</u>	Un document unique de délégation a été transmis à la mission et a été signé par la directrice adjointe, le 20 novembre 2023. Il précise la nature [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. <u>Les subdélégations du directeur</u>	Il n'y a pas de subdélégation du directeur aux chefs de service. En cas d'absence, les délégations du directeur sont réalisées par le directeur territorial.
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>	Au niveau du siège de l'association, il existe : - 1 réunion mensuelle, nommée réunion CODIT, elle se compose du directeur de territoire et de ses 3 adjoints. - 4 réunions annuelles réunissant tous les cadres de l'association - 1 séminaire-cadre sur une journée au mois de septembre. Au niveau de l'établissement : Les CODIR se tiennent 2 fois par an. Il s'agit de réunions territoriales regroupant les cadres IDEC (infirmiers diplômés d'État coordinateurs), la direction et les chefs de service. Comité de coordination : il est mené par la directrice adjointe. Les participants sont les 2 CSE, les 2 psychologues, les coordonnateurs L'objet de cette réunion est de faire remonter les réclamations, les EI (événements indésirables), les points RH (ressources humaines), le partage de documents en lien avec la qualité ou le siège afin que chaque encadrant ou référent de proximité puissent les diffuser sur les unités ou postes de soins. La directrice adjointe participe aux réunions par unité, qui ont lieu tous les 15 jours. La réunion permet d'aborder la situation de chaque usager par unité et elle est menée par la CSE.
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les astreintes administratives</u>	Une astreinte de direction est mise en place, avec un roulement toutes les 3 semaines (roulement dont fait partie la directrice adjointe). Un numéro téléphonique abrégé a été mis en place pour la gestion des astreintes (n°4012) pour joindre le cadre en astreinte. Un document synthétique indiquant le numéro et le nom de l'astreinte est disponible dans chaque unité de vie. Un numéro unique est dédié. La personne d'astreinte est amenée à se déplacer sur site.
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les astreintes techniques</u>	Il n'y a pas d'astreinte technique de définie. C'est le cadre d'astreinte de direction qui prend en charge l'astreinte technique en sollicitant l'intervention, le cas échéant en urgence, d'une entreprise. Sinon, la résolution du problème technique est fixée au lendemain afin que l'équipe technique intervienne. Un mail est envoyé pour demander l'intervention.
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</u>	[REDACTED] [REDACTED] Remarque 2 : La quotité de temps de travail de la directrice adjointe allouée à l'encadrement de l'équipe soignante n'est pas formalisée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.16. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u>	L'organigramme en vigueur prévoit que la CSE encadre 2 coordonnateurs qui ont en charge chacun 4 ou 5 unités. Les coordonnateurs (2 postes vacants) [REDACTED].
1.2. Management et Stratégie	1.2.17. <u>Les conflits entre direction et salariés</u>	Selon les entretiens réalisés, en cas de conflits entre salariés, une fiche d'effets indésirables peut être rédigée. Si le salarié ne souhaite pas écrire, il a la possibilité de demander un entretien ou avec le cadre de proximité ou avec la direction qui reçoit le salarié sur rendez-vous.
1.2. Management et Stratégie	1.2.18. <u>Les affichages</u>	Les affichages sont présents, lisibles dans l'établissement et un panneau d'affichage dédié, situé à l'entrée, permet aux usagers de s'informer de leurs droits à l'exception de la dernière enquête de satisfaction. Écart 6 : La dernière enquête de satisfaction n'est pas affichée, ce qui contrevient à l'article D311-15(III°) du CASF.⁹

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. <u>Le CVS</u>	Un Conseil de la Vie Sociale (CVS) est en place dans l'établissement. Celui-ci a transmis un projet de règlement intérieur du CVS. Toutefois, en l'absence d'un document finalisé, la mission considère que le règlement de fonctionnement du CVS n'existe pas formellement à ce jour. Cette absence limite la lisibilité du fonctionnement de l'instance.

⁹ Article D311-15 : III.-Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 réalisent chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé. Les résultats de ces enquêtes sont affichés dans l'espace d'accueil de ces établissements et sont examinés tous les ans par le conseil.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 3 : L'absence de règlement de fonctionnement finalisé du CVS limite la lisibilité et la formalisation du rôle, de la composition et du fonctionnement de cette instance. Elle limite également la capacité de la mission à évaluer si les modalités de fonctionnement sont conformes aux exigences du Code de l'action sociale et des familles (CASF). La mission constate que le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) prévoit une action relative à la validation du règlement de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Selon le rapport d'activité 2024, le CVS est composé de : • 3 représentants des personnes accompagnées, • 4 représentants des familles, • 3 représentants de l'organisme gestionnaire, • 2 représentants du personnel, • 1 représentant de la commune. Ces membres ont été élus le 1^{er} décembre 2023, soit un total de 13 membres. Les personnes accompagnées et leurs familles représentent 54 % des membres, ce qui est conforme aux exigences réglementaires de représentativité (plus de la moitié des membres du CVS doivent être des représentants des usagers et de leurs familles). Selon les entretiens, les familles sont impliquées dans le fonctionnement du CVS et peuvent s'exprimer au sein de cette instance. Une boîte aux lettres dédiée au CVS est mise à leur disposition afin de recueillir les sujets qu'elles souhaitent voir abordés, par exemple les difficultés rencontrées avec certaines tutelles. Les comptes rendus des réunions sont généralement transmis aux familles par courriel. L'ordre du jour est validé par le président, puis par la direction. Le compte rendu est rédigé par le secrétaire, validé par le président, puis envoyé aux familles. D'après les personnes interrogées, les réunions du CVS ont lieu au moins trois fois par an. Les sujets abordés lors des réunions du CVS incluent notamment : la situation des ressources humaines, les mouvements de personnel, la diffusion des menus aux familles, ainsi que les activités de loisirs (par exemple : séances de cinéma à l'extérieur). Par ailleurs, l'établissement a transmis les rapports d'activité 2023 et 2024 du CVS. Le rapport d'activité 2024 mentionne la tenue de trois réunions : le 25 janvier, 25 avril et 26 septembre 2024. Cependant, aucun compte rendu de ces réunions n'a été transmis à la mission, ce qui empêche de vérifier le contenu précis des discussions. En particulier, la mission relève que les événements indésirables (EI) et les plans d'actions associés ne semblent pas avoir été soumis au CVS.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 7 : L'absence de transmission des comptes rendus de réunions du CVS à la mission ne permet pas de confirmer la régularité de la tenue des réunions du CVS, ni d'attester que les événements indésirables et les plans d'actions mis en œuvre à la suite de ces événements sont effectivement présentés aux membres du CVS. Cela contrevient aux dispositions des articles D311-1510, D311-1611 et R331-1012 du CASF.
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u>	La mission constate que l'établissement a transmis les résultats de plusieurs questionnaires à destination des professionnels, tels que : • le questionnaire sur la perception des risques professionnels (2022 et 2023) ; • le questionnaire de satisfaction relatif à la sensibilisation ABA-BIP (2023) ; • un questionnaire portant sur les attentes des professionnels en matière de qualité de vie au travail ; • ... En revanche, aucun document relatif à une enquête de satisfaction menée auprès des usagers ou de leurs familles n'a été transmis à la mission Selon la direction, la mise en œuvre d'un tel dispositif nécessite des critères spécifiques et adaptés aux particularités du public accueilli. Cependant, toujours selon les entretiens, certaines initiatives ponctuelles sont en place : • Au sein du CVS, un outil de communication permet de recueillir l'avis des familles sur différentes thématiques.

¹⁰ Article D311-15 Version en vigueur du 26 octobre 2004 au 17 septembre 2010 Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les logements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

¹¹ Article D311-16 Version en vigueur depuis le 01 janvier 2023 Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. Celui-ci doit être communiqué au moins quinze jours avant la tenue du conseil et être accompagné des informations nécessaires. En outre, sauf dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, le conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, à la majorité de ses membres ou de la personne gestionnaire.

¹² Article R331-10 Version en vigueur depuis le 01 janvier 2017 : Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article D. 311-21 sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article L. 331-8-1 qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• Un outil simplifié, basé sur des smileys "j'aime / je n'aime pas », est proposé aux usagers pour recueillir leur avis sur la restauration. • Par ailleurs, un programme d'accompagnement ABC est proposé aux familles. Toutefois, aucune de ces démarches n'est formalisée dans un cadre structuré et récurrent permettant d'assurer une véritable évaluation de la satisfaction Écart 8 : En l'absence de mise en œuvre d'une enquête de satisfaction formalisée, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D311-15 (III)¹³ du CASF, qui prévoient que l'établissement doit organiser l'évaluation de la satisfaction des personnes accueillies et de leurs représentants, notamment via des dispositifs adaptés au public concerné.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	1.4.1. <u>La direction</u>	Selon les observations

¹³ Article D312-11Version en vigueur depuis le 05 avril 2009Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux établissements et services qui accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation et prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, telles que l'orthophonie, la kinésithérapie et la psychomotricité. Ces établissements et services accueillent également les enfants ou adolescents lorsque la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que des maladies chroniques compatibles avec une vie collective.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Le responsable qualité</u>	Selon les entretiens, la directrice adjointe de l'association, également responsable de l'établissement inspecté, assume le rôle de référente qualité. Cette fonction est confirmée par sa fiche de poste datée du 11 novembre 2023, où elle est désignée comme « le garant de la définition et du déploiement de la démarche d'amélioration continue de la qualité (autoévaluation, évaluation externe) ». Les personnes interrogées l'ont clairement identifiée comme la responsable qualité de l'établissement.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. <u>Les professionnels référents</u>	Selon les entretiens, seule la directrice adjointe a été identifiée comme référente de la démarche qualité et du suivi du PACQ.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	Il ressort des entretiens menés que l'établissement a mis en place un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ), sous la responsabilité de la référente qualité. Ce plan est intégré au [REDACTED]™. Lors de l'inspection, la mission a consulté le PACQ via l'interface du [REDACTED]™ en présence de la direction. Cette consultation a permis de constater que le document présenté manquait de clarté et de lisibilité. En effet, il était difficile de distinguer les actions des objectifs, ces éléments étant mélangés sans structuration explicite, ce qui rendait la compréhension globale peu aisée. Selon le document transmis par l'établissement, le PACQ couvre la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2025. Il se compose de 54 objectifs déclinés en 217 actions, chacune étant suivie par un pilote désigné. Le PACQ est structuré sous forme d'un tableau à six colonnes, comprenant les informations suivantes : • Référence et objectif, • Thème, • Source, • Responsable, • Échéance, • Priorité et statut Les actions recensées couvrent l'ensemble des domaines suivants : • Sécurité, hygiène et prévention des risques infectieux, • Développement des compétences / formation • Communication, • Lutte contre la maltraitance,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• Participation sociale, activités et vie sociale, • Management de la qualité, • Gestion administrative, • Circuit du linge, • Droits des usagers, • Santé, accès aux soins et autonomie, • Communication et relations interpersonnelles, • Dossier usager, • Recrutement, embauche, intégration, • Personnalisation de l'accompagnement, • Santé au travail et prévention des risques professionnels. Après analyse du PACQ, la mission a relevé la répartition suivante de l'état d'avancement des actions : • 37 actions sont en cours, • 130 actions sont finalisées, • 45 actions n'ont pas encore été traitées, • 5 actions ont été annulées Parmi les 217 actions recensées dans le PACQ, 130 ont été traitées, soit un taux de réalisation de 59,9 %, ce qui montre un engagement réel dans la démarche qualité, même si des améliorations restent à faire.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>L'auto-évaluation</u>	Selon les entretiens, l'établissement met en œuvre plusieurs actions de suivi et de contrôle, telles que : • des contrôles inopinés des horaires des professionnels, • des rencontres avec les équipes de nuit, • une participation aux transmissions et des échanges de pratiques, • un accompagnement sur le terrain, incluant une présence en soirée pour participer aux sorties. Des visites annuelles de la commission SSCT (Santé, Sécurité et Conditions de Travail) sont également effectuées, notamment en cuisine. Toutefois, ces visites ne sont pas systématiquement formalisées. Une auto-évaluation a été réalisée en 2023, notamment via un audit mené sur le logiciel Ageval™, fondé sur le respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de la HAS.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Selon les entretiens, cette auto-évaluation a permis d'identifier des actions à prioriser, parmi lesquelles figure la rédaction du projet d'établissement. Selon le rapport.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>L'évaluation externe</u>	
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>	Selon les entretiens, l'établissement ne dispose pas encore d'une politique de promotion de la bientraitance clairement définie, propre à sa structure. Toutefois, des éléments de formalisation existent à travers plusieurs outils et actions, notamment : • Une cartographie des risques de maltraitance, • L'organisation de réunions dédiées à la bientraitance, • Son intégration dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ), comme le confirme l'analyse de ce dernier. L'établissement a également transmis un document intitulé « Stratégie de la bientraitance 2023-2025 », qui présente les orientations associatives en matière de bientraitance et la mise en œuvre de la politique de prévention de la maltraitance. Ce document souligne l'importance, pour les professionnels, d'adopter une posture bienveillante, garantissant aux personnes accompagnées le respect de leur dignité, intégrité, vie privée, intimité et sécurité. Enfin, l'analyse du préprojet d'établissement montre qu'une partie est spécifiquement consacrée à la bientraitance, traduisant une volonté d'ancrer cette démarche dans les orientations futures de la structure.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.8. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u>	D'après l'analyse de sa fiche de poste, l'une des missions de la directrice adjointe consiste à contribuer à la promotion de la bientraitance des personnes accompagnées. Par ailleurs, les entretiens menés ont permis de constater qu'elle rédige également les comptes rendus des réunions bientraitance, ce qui témoigne de son implication opérationnelle dans cette démarche. Son rôle apparaît ainsi comme central dans la coordination et le suivi des actions liées à la prévention de la maltraitance. Ces réunions rassemblent plusieurs professionnels de l'établissement : • Psychologues

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• Educateurs • Directrice • Chefs de service • Référent des services généraux • Secrétaire de direction • Infirmier(ère) diplômé(e) d'État (IDE) L'établissement a transmis un document intitulé "Cartographie des risques de maltraitance". Ce document présente les actions mises en place, la gravité des risques (allant de l'absence de dommage à l'irréversibilité du dommage), la fréquence (de rare à systématique), la criticité, les actions à mettre en œuvre, la maîtrise du risque ainsi que la matrice de criticité. Selon ce document, toutes les actions mises en place présentent une criticité évaluée à 0. Il ressort des échanges que les participants à ces réunions sont considérés comme les référents bientraitance, bien qu'il ne s'agisse pas d'un rôle officiellement identifié. Les thématiques régulièrement abordées à l'ordre du jour sont les suivantes : • La priorisation des actions identifiées • La remontée et l'analyse des événements indésirables (EI) liés à la maltraitance • La poursuite du plan de sensibilisation • L'élaboration d'une grille permettant d'évaluer la vulnérabilité du résident ainsi que les réactions professionnelles, avec une réflexion sur les stratégies à adopter. D'après les entretiens, pour soutenir les professionnels dans leur quotidien, l'établissement a mis en place plusieurs actions concrètes : • Des temps d'échange animés par les psychologues (échange seul ou en groupe) • La possibilité pour les salariés de s'isoler temporairement pendant leur temps de travail, individuellement ou en groupe • Des activités musculaires proposées cinq fois par semaine sur le temps de travail • Des enquêtes menées sur la perception des risques professionnels au sein de la résidence • La mobilisation possible d'une cellule de crise • Un dispositif d'alerte en cas de burn-out • Une ligne d'écoute proposée via la mutuelle • Un roulement entre les pavillons tous les trois mois Un projet visant l'intervention d'un ostéopathe est également en cours de réflexion, selon les informations recueillies lors de l'entretien avec la direction.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Des réunions éthiques sont organisées au sein de l'établissement, appuyées par la mise en place d'une charte de l'espace éthique de l'association, document qui a été transmis à la mission. Selon le compte rendu de la réunion institutionnelle du 30 avril 2024, l'espace éthique est composé de 12 à 15 membres. L'objectif de ces réunions est de : • Partir des questionnements concrets issus des établissements ; • Adapter les structures afin de répondre au mieux aux besoins des personnes accompagnées ; • Développer une culture de la réflexion éthique à tous les niveaux de l'organisation. Enfin, les entretiens ont également permis de mettre en lumière l'organisation d'actions de sensibilisation et de formations à destination des équipes. En parallèle, les accidents de travail font l'objet d'une déclaration systématique à l'infirmierie ainsi qu'à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM.) L'analyse des plans de formation pour les années 2024 et 2025 montre que l'établissement n'a pas mis en place de formation spécifique à la bientraitance en 2024 et ne prévoit pas non plus d'en organiser en 2025. Cependant, d'après le tableau de suivi des actions de sensibilisation des salariés, la mission constate qu'entre 2019 et 2025, plusieurs actions ont été réalisées, notamment : • Vivre l'autisme de l'intérieur (ABC Cognition et Comportement) ; • Équipe Relais Handicaps Rares (ERHR)– Comportements défis ; • Vie affective et sexuelle (VA) ; • Ciné-débat : film "Hors normes" ; Par ailleurs, selon les entretiens menés, les salariés ont la possibilité de formaliser leurs souhaits de formation, ce qui peut constituer un levier pour initier des actions de formation en lien avec la bientraitance à l'avenir. Écart 9 : L'établissement n'a pas prévu de formation spécifique à la bientraitance et la prévention de la maltraitance dans les plans de formation 2024 et 2025. Cette absence ne permet pas de garantir la sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance. Cela contrevient au critère 1.3.2 du référentiel HAS ainsi qu'à l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles, relatif au respect des droits et de la dignité des personnes accompagnées. Remarque 4 : Aucun « référent bientraitance » n'a été identifié au sein de l'établissement. Ce rôle est plutôt assumé collectivement par les participants aux réunions bientraitance, sans désignation officielle ni cadre précis.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.9. La bientraitance en pratique	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Selon les entretiens, l'établissement organise régulièrement des actions visant à sensibiliser les équipes à la bientraitance. Un groupe éthique se réunit tous les deux mois afin d'aborder des sujets qui interrogent les professionnels, tels que la restriction de liberté et son cadre légal. Ces sessions sont animées par les psychologues. D'autres moments de sensibilisation sont également proposés, comme des ciné-débats autour du film <i>Hors Normes</i>, des groupes de parole ou encore des séances du groupe éthique. Les protocoles des Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelle (RBPP) sont sur Ageval™ et sont évoqués lors des réunions et du groupe éthique, ou bien expliqués dans le cadre des protocoles individuels. Dans ce cadre, l'établissement prévoit également de faire intervenir un psychologue externe afin d'accompagner les équipes dans cette démarche. Par ailleurs, la définition de la bientraitance est inscrite dans la stratégie de l'établissement pour la période 2023-2025 ainsi que dans la procédure de traitement des faits de maltraitance. Face aux situations d'agression ou de crise, une fiche « troubles/crises » permet de signaler les incidents. Enfin, le numéro national 3977, dédié à la lutte contre les maltraitances envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap, est affiché dans le hall d'entrée de l'établissement, mais il n'est pas mentionné dans le livret d'accueil. Remarque 5 : Bien que le numéro national 3977, destiné à la lutte contre les maltraitances envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap, soit affiché dans le hall d'entrée de l'établissement, il n'apparaît pas dans le livret d'accueil remis aux usagers et à leurs familles. Son intégration dans ce document constituerait une amélioration de l'information et de l'accessibilité aux dispositifs de signalement, en cohérence avec les exigences du référentiel national en matière de bientraitance.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.10. <u>Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels</u>	Il ressort des entretiens que dans le cadre des groupes d'éthique, les équipes sont sensibilisées aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), à l'analyse fonctionnelle du comportement, et bénéficient de formations spécifiques animées par les psychologues. L'établissement dispose d'une procédure de réalisation du projet personnalisé (PP), datée du 19 mars 2024. Conformément à cette procédure, les PP sont élaborés chaque année en trois étapes, réparties entre septembre de l'année N et juin de l'année N+1. Il a été transmis une trame de projet personnalisé structurée en trois parties : le recueil des souhaits du résident et de sa famille et/ou de son représentant légal ; le bilan annuel pluridisciplinaire ; ainsi qu'un avenant au contrat de séjour. Ce document intègre les informations administratives essentielles telles que le nom, le prénom, la date de naissance, la date d'admission, le référent éducatif, la date de la réunion du projet personnalisé et le pavillon d'hébergement. Cette structuration favorise une approche individualisée du parcours résidentiel. La première étape comprend la rédaction du PP, la relecture ainsi que la finalisation des différents bilans, notamment éducatifs et paramédicaux. Pour garantir le respect du calendrier, des rappels sont envoyés via Outlook pour les trois échéances clés, à destination des référents des pavillons (équipes de jour et de nuit), de la psychologue, de la psychomotricienne, des infirmiers et de la directrice. Le référent éducatif est chargé de rédiger une partie du PP, tandis que l'IDE référente, la psychologue référente et le chef de service participent à une réunion annuelle dédiée au projet personnalisé, en présence du résident. Le projet est ainsi révisé une fois par an. En complément, des réunions de suivi de projet ont lieu tous les trois mois, avec une traçabilité assurée sur Airmes™.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Par ailleurs, l'établissement dispose de salles de retrait pour les moments de crise des usagers et de salles d'apaisement, dont l'utilisation est encadrée par une procédure. Selon les entretiens avec la direction, l'activation de ces espaces s'appuie sur l'analyse des fiches ABC, pouvant conduire à la mise en place d'un Bilan Individualisé Pluridisciplinaire (BIP). L'utilisation de ces dispositifs s'inscrit dans un protocole de restriction de liberté, avec des critères de durée et de sortie clairement définis, nécessitant une validation écrite de la directrice, du tuteur légal ou de la famille. Le protocole d'accompagnement destiné à gérer les troubles du comportement s'organise en plusieurs étapes claires et structurées : • Reconnaître les consignes ou attitudes susceptibles de déclencher un trouble du comportement, afin d'en limiter l'apparition. • Observer les prémices du trouble, tels que les pleurs, les cris ou les crachats, signes avant-coureurs à détecter avec attention. • Gérer la « pré-crise » en s'effaçant doucement : le professionnel réduit le regard et les paroles, limite les interactions avec les pairs, pour apaiser la tension qui monte. • Intervenir, si nécessaire, en passant aux étapes précédant le recours à la salle de retrait-calme, un espace dédié à l'apaisement. • Accompagner en salle de retrait-calme : informer doucement le résident qu'il va être conduit en salle d'hypostimulation pour un temps maximum de vingt minutes. Sa sécurité est assurée par une surveillance attentive, à la fois par caméra et par la présence d'un professionnel. • Réévaluer les besoins du résident une fois l'apaisement retrouvé, avec la possibilité de proposer un prolongement du calme dans un autre espace ou une activité adaptée. Ce protocole est signé par trois parties prenantes : le tuteur, la directrice et le psychiatre. Le médecin de la mission d'inspection a constaté que des fiches de troubles sont régulièrement complétées par les professionnels et tracées de manière adaptée dans AirmesTM, ce qui permet d'en assurer un suivi global.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.11. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u>	L'établissement dispose d'une procédure intitulée « Traitement des faits de maltraitance (avérés ou supposés) », en date du 22 février 2022. Ce document précise que toute personne ayant été témoin direct d'un fait de maltraitance, en suspectant un, ou à qui des éléments relatifs à une situation de maltraitance sont rapportés, a l'obligation de le signaler sans délai. La procédure comprend une définition de la maltraitance, une typologie des faits (maltraitance physique, psychologique, sexuelle, etc.), ainsi que les critères permettant de les qualifier. Elle indique également les situations devant faire l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire, et précise les modalités de prise en charge en cas de maltraitance. L'établissement a transmis cinq formulaires de transmission d'information aux autorités administratives. Il ressort de l'analyse de ces documents que l'établissement a déclaré à l'ARS et au président du conseil départemental un fait survenu le 2 mars 2024, qualifié de « situation de maltraitance envers un usager », datant du 28 février 2023. Il est à noter qu'en 2024, l'établissement a déclaré à deux reprises aux autorités administratives (l'ARS et le conseil départemental) des situations qualifiées de « comportement violent de la part d'un usager envers un usager ou envers le personnel au sein de la structure », ainsi qu'un « manquement grave au règlement de fonctionnement ».

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La procédure mentionne également que les salariés et les usagers qui effectuent un signalement bénéficient d'une protection. Selon les entretiens, les professionnels témoignent, déclarent, l'anonymisation de déclaration des professionnels est possible sur AgevalTM seule la directrice a accès aux déclarations anonymisées. Le traitement des situations signalées repose sur une analyse collective suivie de la mise en œuvre d'actions correctives. La responsabilité de ce dispositif incombe au directeur territorial, au directeur d'établissement ou à ses adjoints. Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'une fiche de signalement spécifique à la maltraitance. Selon la procédure de traitement, les fiches de signalement des événements indésirables ou les fiches d'incidents peuvent être utilisées pour signaler les faits de maltraitance.

1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>La direction</u>	Selon la direction et la procédure de gestion des événements indésirables, la responsabilité de la démarche qualité revient à la direction de l'association. La directrice adjointe de l'établissement, en lien avec le directeur territorial, est chargée d'analyser l'événement, d'en identifier les causes et d'évaluer la nécessité de mettre en œuvre des actions correctrices afin de prévenir toute récurrence.
	1.5.2. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	L'établissement n'a pas encore mis en place une enquête de satisfaction (cf. supra). Selon le compte rendu du comité de direction (CODIR) en date du 8 avril 2025, il a été évoqué que la plateforme AgevalTM ne permet, à ce jour, que le traitement des plaintes et réclamations, mais pas leur recueil. La mission constate que la thématique des plaintes et réclamations est bien inscrite dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) 2022-2025 D'après les entretiens menés, les réponses aux plaintes et réclamations sont apportées soit oralement, soit par courrier électronique. En ce qui concerne les familles, les réponses sont transmises soit lors d'entretiens individuels, soit par courriel. Un retour est également effectué auprès des professionnels via différentes instances : réunions de cadres, commissions de bientraitance, échanges de courriels ou encore commissions cuisine.
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u>	D'après les entretiens, l'établissement ne dispose pas d'une procédure interne spécifique à la déclaration des événements indésirables, mais applique une procédure associative. La mission constate que l'établissement s'appuie sur une procédure de signalement et de traitement des événements indésirables, rédigée par le siège (directeur territorial et directrice qualité et innovation) et datée du 23 février 2023. Cette dernière définit les événements indésirables (EI)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		comme tout incident en lien avec la santé ou la sécurité des personnes accueillies, la sécurité des biens, ou encore le fonctionnement de l'établissement ou du service. Selon cette procédure, tout événement indésirable survenu dans l'établissement doit faire l'objet d'un traitement interne. Le professionnel témoin de l'incident est tenu de recueillir les faits, de remplir une fiche de déclaration d'événement indésirable ou d'incident, puis de la transmettre à la directrice adjointe. Lors des visites des pavillons, la mission a constaté la présence de fiches de déclaration d'EI dans les bannières des bureaux des professionnels. Les entretiens avec la direction indiquent que la déclaration des EI est centralisée via la plateforme Ageval™. Toutefois, le jour de l'inspection, la mission a demandé à consulter la plateforme et a constaté que plusieurs dossiers étaient vides et que la procédure de déclaration n'y figurait pas. Il a été précisé que cette procédure est encore disponible sous format papier dans les classeurs des pavillons, l'enregistrement dans Ageval™ étant toujours en cours de déploiement. Par ailleurs, la directrice adjointe est responsable de la formation des professionnels à l'usage de cet outil. Des sessions d'environ 30 minutes sont organisées, bien qu'elles ne soient pas formalisées. La majorité des professionnels interrogés affirme avoir suivi cette sensibilisation. Toujours selon les entretiens, la classification des événements indésirables est renseignée dans Ageval™. Un formulaire papier de déclaration est également à disposition. Il ressort des échanges que les professionnels sont impliqués dans la démarche de signalement, et que le système permet l'anonymisation des déclarations, dont l'accès est restreint à la directrice adjointe. Une session Ageval™ est accessible à chaque poste de travail dans les pavillons. Dans une logique d'incitation au signalement, l'établissement s'est doté d'une charte de signalement des événements indésirables, datée du 3 février 2025. Concernant les événements liés aux troubles du comportement des résidents, la direction indique qu'ils ne sont pas saisis dans Ageval™. Ces situations, considérées comme internes, sont intégrées dans le bilan des événements indésirables via la plateforme Airmes™, afin de garantir la confidentialité des données personnelles. Lors de la visite des pavillons, la mission a constaté la présence de fiches « troubles » et « crises » dans chaque unité. Les professionnels en ont expliqué le fonctionnement aux membres de la mission.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	<u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u>	Un tableau de suivi des déclarations des événements indésirables graves est mis en place au sein de la structure. D'après ce tableau, deux événements indésirables graves ont été signalés en 2023, quatre en 2024, et un en 2025. L'établissement a transmis quatre comptes rendus de réunions du CODIR tenues en 2025. L'analyse de ces documents montre que les événements indésirables font systématiquement l'objet d'un point de suivi lors de ces réunions. Selon la procédure de gestion des événements indésirables, certains événements indésirables peuvent ne pas faire l'objet d'actions correctives, notamment lorsqu'aucune mesure ne s'avère possible ou réellement pertinente. Lorsque des actions correctives sont nécessaires, elles sont identifiées par le directeur ou son adjoint, en lien avec le directeur territorial (DT) concerné, et peuvent faire appel à des compétences internes ou externes si besoin. Chaque action corrective doit comporter les éléments suivants : - L'identification du ou des responsables en charge de sa mise en œuvre,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Un délai de réalisation, - Les ressources nécessaires (humaines, financières, matérielles, etc.). L'ensemble de l'analyse ainsi que les mesures décidées doivent faire l'objet d'une formalisation. D'après le PACQ, le prochain bilan des plaintes et réclamations sera présenté au premier CVS de 2026. Conformément à la procédure de déclaration, chaque fiche d'événement indésirable doit être saisie dans le tableau de suivi, sous la responsabilité de la direction. Un numéro chronologique y est apposé afin d'assurer la traçabilité de chaque événement et de permettre l'analyse de leur récurrence. Par ailleurs, lors de la réunion sur la Prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance (PMPB) du 11 mars 2025, deux fiches d'événements indésirables survenus les 10 février et 7 mars 2025 ont été abordées. L'événement indésirable du 7 mars 2025 concernait un événement. Indésirable grave (EIG) lié à un échange par talkie-walkie, au cours duquel un professionnel a interdit de nourrir un résident, au motif que ce dernier avait refusé de prendre sa douche Cet incident a donné lieu à une réflexion collective des professionnels sur le respect des droits des usagers. À l'issue de ces échanges, une solution a été mise en place : l'introduction d'un "contrat de motivation", visant à encourager la participation aux soins peu appréciés. Le principe repose sur l'attribution de jetons : si le résident choisit de ne pas réaliser l'action, son choix est respecté, mais aucun jeton ne lui est attribué.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	<u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>	Conformément à la procédure de signalement et de traitement des événements indésirables, tout événement susceptible d'avoir un impact sur la santé ou la sécurité des personnes accueillies, ou sur le fonctionnement d'un établissement ou service, doit être déclaré à l'ARS et/ou au Conseil Départemental. Lors du CODIR en date du 4 mars 2025, il a été précisé que toute déclaration doit préalablement être validée par le siège avant transmission sur le portail de l'ARS. L'analyse des documents transmis par l'établissement révèle qu'un événement indésirable grave (EIG) a été déclaré par la directrice adjointe à l'ARS le 4 juillet 2024. L'établissement a transmis le récapitulatif du Volet 1 (GEA Volet 1) relatif à cette déclaration. Par ailleurs, un second événement indésirable grave survenu le 12 avril 2025 à 18h30 a été déclaré le 17 avril 2025 par la cheffe de service. Cet événement, qualifié de chute, concernait une seule victime. Le récapitulatif du signalement a également été transmis par l'établissement.

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines

2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante et socioéducative salariés de la structure

Points de contrôle

Observations ou commentaires

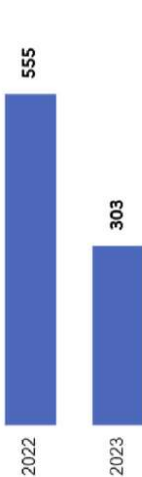
L'effectif total (validé ERRD 2024) toutes catégories socio professionnelles confondues s'élèvent au jour de l'inspection réparties comme suit :

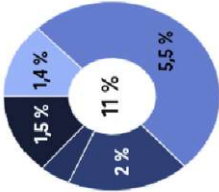
L'effectif médical et soignant :

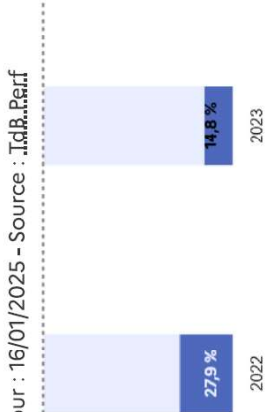
Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation
Médecin			
Psychiatre	convention		
Kinésithérapeute			
Ergothérapeute			
Infirmier			
Aide-soignant			
Psychologue			
AES			
Orthophoniste			

Points de contrôle			Observations ou commentaires																						
			L'effectif socio – éducatif :																						
			<table><tr><th>Fonction</th><th>Type de contrat</th><th>Formation ou diplôme</th><th>Observation</th></tr><tr><td>Éducateur spécialisée - coordinateur d'unité (ES)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Moniteur éducateur (ME)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Agent socioéducatif spécialisé (ASES)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Éducateur sportif</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation	Éducateur spécialisée - coordinateur d'unité (ES)				Moniteur éducateur (ME)				Agent socioéducatif spécialisé (ASES)				Éducateur sportif			
			Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation																			
			Éducateur spécialisée - coordinateur d'unité (ES)																						
			Moniteur éducateur (ME)																						
Agent socioéducatif spécialisé (ASES)																									
Éducateur sportif																									
Les professionnels de nuit :																									
<table><tr><th>Fonction</th><th>Type de contrat</th><th>Formation ou diplôme</th><th>Observation</th></tr><tr><td>Aide-soignant</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASES</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AES</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">Une formation spécifique est mise en œuvre pour les professionnels de nuit. Les remplacements ne sont effectués que par les salariés ayant effectué la formation, à savoir, un temps en journée auprès de l'unité sur laquelle le salarié va effectuer la nuit, une nuit en formation avec les salariés de nuit, une formation au SSI (système de sécurité incendie), et une formation aux gestes d'urgence.</td></tr></table>			Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation	Aide-soignant				ASES				AES				Une formation spécifique est mise en œuvre pour les professionnels de nuit. Les remplacements ne sont effectués que par les salariés ayant effectué la formation, à savoir, un temps en journée auprès de l'unité sur laquelle le salarié va effectuer la nuit, une nuit en formation avec les salariés de nuit, une formation au SSI (système de sécurité incendie), et une formation aux gestes d'urgence.						
Fonction	Type de contrat	Formation ou diplôme	Observation																						
Aide-soignant																									
ASES																									
AES																									
Une formation spécifique est mise en œuvre pour les professionnels de nuit. Les remplacements ne sont effectués que par les salariés ayant effectué la formation, à savoir, un temps en journée auprès de l'unité sur laquelle le salarié va effectuer la nuit, une nuit en formation avec les salariés de nuit, une formation au SSI (système de sécurité incendie), et une formation aux gestes d'urgence.																									
			Les profils et effectifs des professionnels administratifs et techniques salariés de la structure sont :																						
Sous-thème ICAS																									
2.1- Gestion des ressources humaines																									

Points de contrôle		Observations ou commentaires				
2.1.2. <u>Profils et effectifs des professionnels administratifs et techniques salariés de la structure</u>	-	Fonction	type de contrat	Formation ou diplôme	Observation	
		Directrice adjointe	■	■	■	
		Chef de service éducatif	■	■	■	
		Responsable technique	■	■	■	
		Assistante de Service Sociale	■	■		
		Secrétaire de direction	■	■		
		Comptable	■	■		
		Agents technique	■	■		
		Agents de service	■	■	■	
		*Répertoire national des certifications professionnelles				
L'étude des plannings et de la liste des intérimaires indique que ces professions ne font pas l'objet de remplacement et sont en poste depuis plus de deux ans en CDI.						
Une réunion se tient une fois par trimestre avec les agents techniques, elle est menée par la cheffe de service.						
2.1.3. <u>Les postes vacants sur la structure, le remplacement des postes non pourvus</u>		<u>Les postes vacants :</u>				
		■ équivalents temps plein étaient vacants au 01/01/2024 (source Registre unique du personnel, entretien avec la directrice adjointe).				
		Au jour de l'inspection on dénombre ■				

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires												
		L'établissement a déclaré aux autorités de contrôle et de tarification les éléments suivants : Taux d'ETP vacants au 31/12 Mise à jour : 16/01/2025 - Source : TdR_Perf <table><thead><tr><th>Année</th><th>Taux d'ETP vacants</th></tr></thead><tbody><tr><td>2022</td><td>3,5 %</td></tr><tr><td>2023</td><td>2,9 %</td></tr></tbody></table> On observe que le pourcentage déclaré, celui relevé sur site, et en lien avec les documents transmis que l'établissement a œuvré par une politique de passage des professionnels en CDD vers un CDI afin que les professionnels recrutés au départ en contrat court, puisse bénéficier d'un contrat pérenne. Les offres d'emploi sont émises et visibles sur les sites spécialisés ou par une politique de fidélisation des intérimaires réguliers. <u>Le remplacement :</u> L'établissement a déclaré aux autorités de contrôle et de tarification les éléments suivants : Nombre de C.D.D. de remplacement Mise à jour : 16/01/2025 - Source : TdR_Perf <table><thead><tr><th>Année</th><th>Nombre de C.D.D. de remplacement</th></tr></thead><tbody><tr><td>2022</td><td>555</td></tr><tr><td>2023</td><td>303</td></tr></tbody></table> Au jour de l'inspection on dénombre : Intérimaires : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Année	Taux d'ETP vacants	2022	3,5 %	2023	2,9 %	Année	Nombre de C.D.D. de remplacement	2022	555	2023	303
Année	Taux d'ETP vacants													
2022	3,5 %													
2023	2,9 %													
Année	Nombre de C.D.D. de remplacement													
2022	555													
2023	303													

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.4. <u>Les contrats de travail</u>	<u>Le taux d'absentéisme :</u> L'établissement a déclaré aux autorités de contrôle et de tarification les éléments suivants Taux hors formation = 11 %, dont  ✓ Pour maladie ordinaire / de courte durée ✓ Pour maladie de moyenne durée ✓ Pour accident du travail / maladie professionnelle ✓ Pour maternité / paternité ✓ Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés) Il y a un remplacement systématique des absences par un intérimaire ou si l'absence est importante (au-delà d'un mois selon l'entretien mène avec la directrice adjointe), un CDD est proposé. L'établissement favorise l'accès à l'emploi sur un contrat à durée indéterminée. À la suite d'une période d'essai, le salarié qui aura démontré sa capacité à prendre en charge de manière adaptée, sécurisante et bienveillante envers les usagers, se voit proposer un CDI.

Points de contrôle		Observations ou commentaires						
Sous-thème ICAS	2.1.5. <u>Le taux de rotation des professionnels</u>	L'établissement a déclaré aux autorités de contrôle et de tarification les éléments suivants : Taux de rotation du personnel sur effectifs réels Mise à jour : 16/01/2025 – Source : IdB.Perf  <table><tr><th>Année</th><th>Taux de rotation (%)</th></tr><tr><td>2022</td><td>27,9 %</td></tr><tr><td>2023</td><td>14,8 %</td></tr></table> Du 1^{er} janvier 2025 au jour de l'inspection, l'établissement a recruté 6 CDI supplémentaires ce qui porte à 5.56 % les postes vacants. Ces 6 postes vacants correspondent à 2 licenciements et 4 démissions. Le taux de rotation se trouve en dessous du médian régional et national (Taux médian de rotation des professionnels en 2022 : régionale IDF :19,05% – national : 12,37%)	Année	Taux de rotation (%)	2022	27,9 %	2023	14,8 %
Année			Taux de rotation (%)					
2022			27,9 %					
2023	14,8 %							
2.1. Gestion des ressources humaines								
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>	■ dossiers des professionnels ont été vérifiés sur site [REDACTED] Organisation et stockage des dossiers : • Ils sont situés dans un espace sécurisé, fermé à clé et non accessible aux autres professionnels que la secrétaire de direction. • Ils sont tous composés de manière identique et les dossiers des salariés en CDD sont distincts des dossiers de salariés en CDI. Il n'y a pas de dossier pour les intérimaires mais les fiches de présence sont conservées au sein de l'établissement et sont transmises au service de comptabilité à chaque fin de mission. Contenu des dossiers : • Les dossiers ne contiennent pas les fiches de postes, car elles sont en cours de réévaluation au niveau de l'organisme gestionnaire. Il est à noter que les missions de chaque salarié sont déclinées dans le contrat Remarque 6 : Au jour de l'inspection, les fiches de postes par catégorie socio professionnelle (hors direction) n'ont pas été transmises aux salariés. • Il est à noter que la vérification ordinaire n'est pas réalisée.						

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 10 : L'établissement ne demande pas systématiquement l'attestation de l'inscription ordinaire des professionnels de santé devant régulièrement être inscrits pour être autorisé à exercer, ce qui contrevient notamment aux articles L 4311-15 du CSP¹⁴ pour les infirmiers et à l'article L 43416-2 du CSP¹⁵ Pour les orthophonistes. La vérification des diplômes est réalisée, les mails de demande de vérification ont été mis à disposition le jour de l'inspection. Les contrats concordent avec les postes occupés et diplômes fournis. Les casiers judiciaires volet 3 sont systématiquement demandés avant la signature du contrat. Un groupe de travail est en cours au sein de l'association afin que soit déployer la demande systématique du FIJEAS (Fichier des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes).
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Le plan de formation des professionnels</u>	Les professionnels intervenant [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]

¹⁴ Article L4311-15Version en vigueur depuis le 01 janvier 2020 Modifié par Ordonnance n°2019-964 du 18 septembre 2019 - art. 35 (VD) Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, avant leur entrée dans la profession, ainsi que celles qui ne l'exerçant pas ont obtenu leur titre de formation depuis moins de trois ans.

¹⁵ Article L4341-2Version en vigueur depuis le 19 janvier 2018 Les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession d'orthophoniste sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant leur entrée dans la profession. L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leur titre de formation ou de leur autorisation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de situation professionnelle.

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Le processus d'accueil des nouveaux professionnels</u> -	Au jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas de procédure formalisée relative à l'accueil des nouveaux professionnels, mais un accompagnement est mis en place. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
	2.1.9. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u>	Remarque 8 : L'établissement n'a pas formalisé la procédure d'accueil des nouveaux professionnels. Plusieurs réunions sont menées afin d'assurer le suivi des usagers et permettre la transmission des informations générales. Les réunions d'équipe par unité sont menées, en l'absence des coordonnateurs, par la CSE. Les psychologues sont présentes. Les réunions se déroulent comme suit : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines		
	2.1.10. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u>	<u>Les salariés intervenants hors cycle :</u> <u>Les salariées intervenants la nuit :</u> <u>Les salariés soignants :</u> <u>Les salariés intervenant en journée :</u>
	2.1.11. <u>Les plannings des professionnels</u>	Les plannings sont élaborés sur un logiciel nommée commun à l'ensemble des structures et établissements de l'organisme gestionnaire. L'Edition et l'affichage sont effectués par la CSE dans chaque unité, un mois en avance et une version dématérialisée se situe dans le réseau commun. Un mail informant de la disponibilité des plannings est envoyé aux salariés tous les mois. Une vérification sur le réseau a été réalisée par la mission. Les plannings comportent : • La date,

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		• Le n° de version, • La mention des cycles horaires • Les unités d'affectation, • Les temps de travail, • Les absences et leur motif, • Une légende
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>Analyse des plannings</u>	L'analyse des plannings a porté sur les mois de janvier à avril 2025. Toutes les absences prévues ont été anticipées soit par le remplacement d'un salarié souhaitant faire des heures supplémentaires, soit par un intérimaire. Les plannings comportent [REDACTED]. Le remplacement inopiné passe par la sollicitation d'une agence d'intérim. On peut dénombrer, sur les 97 jours étudiés, que 15 jours ont été affectés par un manque d'un salarié sur une unité. Son remplacement a été réalisé par un intérimaire. Des entretiens menés avec les salariés intervenant dans les unités, [REDACTED] L'organisation des tâches est alors revue selon les effectifs disponibles et la CSE pallie l'absence de certains salariés également. La direction a déclaré que la CSE, lorsqu'elle est amenée à remplacer un salarié, n'apparaît pas sur le planning.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.13. <u>Les fiches de poste des professionnels</u>	Les personnels ne disposent pas de fiches de poste au jour de l'inspection (supra 2.1.6, les dossiers des professionnels), à l'exception des professionnels de direction. Des fiches métier sont en cours de réécriture au niveau de l'association gestionnaire, les pré-fiches ont été transmises à la mission. Les contrats de travail comportent, la description des fonctions, les liens hiérarchiques, les horaires de travail et les dispositifs permettant d'alerter en cas de gestion des risques en lien avec le poste.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.14. <u>Les glissements de tâches</u>	Il n'y a pas de glissement de tâches relevé par la mission. Des AS ou AES font partie des équipes qui interviennent au quotidien auprès des résidents, il n'y a pas de distinction de tâches à réaliser selon le niveau de diplôme. Les salariés non soignants n'effectuent pas de tâches en lien avec le soin. Chacune des équipes pouvant bénéficier du concours d'une IDE, l'aide à la prise de médicaments n'est pas nécessaire. Pour la nuit, un AS est en service chaque nuit.

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.1. <u>Protection des données à caractère nominatif</u>	Le règlement de fonctionnement (RF) précise en page 7 les éléments mis en place permettant la confidentialité des informations relatives aux usagers et à leurs familles, à savoir : - Les dossiers des usagers sont informatisés, ouverts dès l'admission (possibilité de refus par l'utilisateur d'avoir recours à la dématérialisation des données). - Pour chaque professionnel, un accès se fait par identifiant et mot de passe individualisés. Le contrat de séjour mentionne en page 9 les conditions sur la protection des données précisées dans le RF.
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u>	Un registre unique des professionnels a été transmis à la mission. Il est géré, renseigné et mis à jour au premier niveau par l'établissement et il est validé par le service RH du siège.
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u>	L'établissement n'a pas fourni à la mission le registre des entrées et sorties des usagers. Écart 11 : L'établissement n'a pas établi de registre, paraphé par le maire, des entrées et sorties des usagers, ce qui contrevient aux articles L 331-2¹⁶ du CASF et R 331-5 du CASF¹⁷.
2.3. Gestion d'information	2.2.4. <u>Le registre des présences quotidiennes</u>	Un registre est tenu à l'entrée du bâtiment. Il est demandé à chaque personne extérieure et usager d'indiquer son arrivée et son départ de l'établissement. Dans chaque unité, un tableau récapitulatif effaçable précise les rendez-vous et les activités des usagers concernés.
2.3. Gestion d'information	2.2.5. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u>	Les dossiers des usagers se présentent en version informatique et en version papier. En ce qui concerne la version papier, elle est organisée de la même manière pour chaque usager. Le dossier de l'utilisateur n'est pas systématiquement à jour au moment de son admission.

¹⁶ Article L331-2Version en vigueur depuis le 03 janvier 2002Il est tenu dans tout établissement un registre, coté et paraphé dans les conditions fixées par voie réglementaire, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre est tenu en permanence à la disposition des autorités judiciaires et administratives compétentes. Toute personne appelée par ses fonctions à prendre connaissance de ce registre est tenue au secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées par l'article 226-13 du code pénal.

¹⁷ Article R331-5Version en vigueur depuis le 26 octobre 2004Le registre prévu à l'article L. 331-2 est coté et paraphé par le maire.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	2.2.8. <u>Le dossier de soins</u>	Tous les soignants et professionnels paramédicaux de l'établissement utilisent le logiciel [REDACTED] et tracent les soins réalisés sur cet outil. Cependant, la mission a observé que les transmissions des IDE, essentiellement ciblées, sont peu fréquentes et remontent souvent à 2024. Par ailleurs, en entretien, les professionnels interrogés ont plusieurs fois mentionné ne pas maîtriser correctement le logiciel et certaines de ses fonctionnalités qui pourraient être utiles. Très peu ont indiqué avoir bénéficié d'une formation à Airmes™. Remarque 10 : Les professionnels soignants et paramédicaux n'ont pas tous bénéficié d'une formation à l'outil de gestion du dossier de résident sur Airmes™.
2.3. Gestion d'information	2.2.9. <u>Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux</u>	Il y a peu de professionnels extérieurs qui interviennent au sein de l'EAM. En entretien, il a été évoqué l'intervention d'une kinésithérapeute, mais qui concerne peu de résidents. La mission n'a pas retrouvé de traçabilité de ses interventions dans la dizaine de dossiers qu'elle a consultés. Concernant les déplacements des résidents pour consulter des spécialistes ou bien lors des hospitalisations, la mission a observé que les documents de liaison fournis par ces spécialistes étaient bien présents au sein des dossiers des usagers et faciles à retrouver.

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u> Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	La Mission a constaté de prime à bord un bâtiment et un jardin entretenus. Il est apparu au cours de la visite des espaces extérieurs (accessibles par les usagers de leurs pavillons) peu aménagés et peu entretenus.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Document 1.</u> Photo prise sur site le 10 avril 2025, extérieur du bâtiment.  À contrario, les espaces accessibles par les visiteurs sont entretenus et aménagés. Une allée est en cours de réalisation le jour du contrôle. Au niveau de l'état du bâtiment, l'établissement dispose de contrats de maintenance et notamment des contrats cadres (par le gestionnaire). Un tableau des vérifications techniques et périodiques a été mis en place.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u>	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>L'accessibilité PMR des locaux</u>	Les locaux sont de plain-pied et adaptés aux PMR (Personne à Mobilité Réduite) De forme « réseau », avec un pôle technique et administratif, ces derniers sont séparés des lieux de vie des usagers, par une porte à code. Le pôle soins et activités est central, dans cette zone de vie. Les espaces de circulation sont équipés de bancs/alcôves capitonnés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Document 2 <u>Photo prise sur site le 10 avril 2025, couloir des unités de vie</u> La signalétique présente dans l'établissement et notamment dans l'espace de vie des usagers est personnalisée. Elle a été réalisée avec les résidents. Il est à noter que le nom des pavillons et la porte des chambres sont personnalisés pour un meilleur repérage. Document 3 <u>Photo prise sur site le 10 avril 2025, exemple de personnalisation des locaux.</u>

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u> -	Les locaux permettent à chaque usager de déambuler notamment car ils sont de plain pieds. Chaque pavillon dispose d'une pièce centrale pour les activités, les repas, ainsi qu'un espace plus restreint pour regarder la télévision. Dans le pôle soins et activités, les usagers peuvent utiliser ponctuellement la salle dite « multi activités ». Les usagers ont un accès extérieur, propre à leur pavillon. À l'arrière du bâtiment, un jardin est disponible uniquement pour des sorties/activités encadrées.
	2.4.2. <u>Les chambres</u>	Chaque chambre est privative, avec une salle de douche. Les fenêtres sont en 2 parties : une grande partie fixe et une toute petite qui s'ouvre, pour empêcher les sorties.
		<u>Document 1.</u> Photo prise sur site le 10 avril 2025, chambre.
		
		Les seules portes-fenêtres sont dans la salle commune et donnent sur l'espace extérieur sécurisé.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. <u>La circulation dans les locaux</u>	L'établissement dispose de portes automatisées avec un sas spacieux. Les couloirs sont équipés de mains courantes. Ils sont lumineux
2.4. Bâtiments, espace	2.4.4. <u>La salle d'apaisement</u>	Il existe dans chaque pavillon une salle dite d'apaisement (ou salle zen). Celle-ci est conçue de manière à s'isoler avec des cloisons amovibles.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
extérieurs et équipement		Par ailleurs, une "niche" (espace de retrait) est présente et accessible uniquement en se positionnant à quatre pattes. Les salles d'apaisement, au nombre de deux sur l'établissement, ont un protocole d'accès qui prévoit notamment que le résident qui est conduit dans cet espace doit avoir une prescription médicale. Son organisation (caméra, horloge, porte sécurisée, mur capitonné et matelas ergonomique) répond aux RBPP : « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement »-ANESM-2009 . Un carnet est disponible à l'entrée de ces salles. Il doit y être inscrit le nom du résident, le jour, l'heure d'utilisation (début – fin). Une fois par mois lors de la réunion par unité, il est abordé la situation de l'usager qui a eu besoin de s'y rendre. Les professionnels rencontrés sur site ont pu tous décrire le protocole d'accès à la salle d'apaisement

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5.1. Sécurités	2.5.1. <u>Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)</u>	Le DUERP transmis a été établi au [redacted] le DUERP, ainsi que sa mise à jour. Ce dernier n'est pas non plus signé. Le DUERP met bien en évidence les catégories de risques et sous-risques : risques psychosociaux, travail sur écran, agressions, chutes, risques diverses et manutentions manuelles, ... La criticité est graduée par des couleurs différentes. Il est exhaustif quant aux professionnels concernés (en fonction des différents domaines professionnels) et répertorie les moyens de prévention (existants et envisagés).
2.5.2.1. Sécurités	2.5.2. <u>Les vaccinations des usagers</u>	À la demande de la mission, l'établissement a transmis les informations relatives à la vaccination des résidents et des professionnels. [redacted] La mission a pu vérifier que la traçabilité de la vaccination figurait bien dans les dossiers Airmes™ des résidents. Cependant, le refus éventuel n'est pas tracé.
		Remarque 11 : L'éventuel refus de vaccin antigrippal ou CoViD n'est pas tracé au sein du dossier médical du résident.

Points de contrôle		Observations ou commentaires
Sous-thème IGAS 2.5. Sécurité	2.5.3. <u>L'aide à la prévention des chutes</u>	Le jour de l'inspection, la mission a constaté que des dispositifs d'aide à la prévention des chutes étaient installés dans les espaces de circulation de l'EAM, notamment des barres d'appui et des mains courantes. Par ailleurs, la mission relève qu'un événement indésirable grave (EIG) a été déclaré à l'ARS le 17 avril 2025 par la cheffe de service, pour donner suite à la chute d'un résident survenue au moment de sa douche dans la salle de bain. Selon le formulaire de déclaration, des mesures ont été prises par l'établissement en réponse à cet incident. L'établissement a notamment sollicité l'ergothérapeute, présente chaque jeudi, afin de réaliser un bilan ergonomique de la salle de bain du résident concerné. L'objectif est d'envisager des aménagements adaptés pour sécuriser les temps de douche, tels que l'installation d'une chaise de douche ou de barres d'appui supplémentaires. En ce qui concerne l'organisation du travail, un renforcement de la surveillance, en particulier pendant les temps de toilette, a également été mis en place.
2.5. Sécurité	2.5.4. <u>La prévention des fugues/sorties à l'insu.</u>	L'établissement dispose d'un unique point d'entrée [REDACTED] Lors de la visite, la mission a constaté la présence de dispositifs de contrôle d'accès [REDACTED] Les professionnels disposent de [REDACTED] permettant de déverrouiller les portes et d'accéder aux différents secteurs et pavillons de l'établissement. Selon les entretiens, en cas de fugue, l'établissement met à disposition des fiches de signalement nominatives pour certains résidents. Ces fiches sont destinées à être transmises rapidement aux forces de l'ordre si nécessaire. Par ailleurs, il a été indiqué lors de l'entretien avec la direction qu'un détecteur de présence est installé dans les couloirs des chambres et des bâtiments. Ce dispositif est activé uniquement la nuit afin de renforcer la surveillance des déplacements nocturnes des résidents. Cependant, la mission constate que la procédure spécifique relative à la prévention des fugues ne lui a pas été transmise.
2.5. Sécurité	2.5.5. <u>PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</u>	Écart 12 : L'établissement n'a pas transmis la procédure relative à la prévention et à la gestion des fugues en vigueur au sein de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3, 1° du Code de l'action sociale et des familles. Une visite périodique a été réalisée le 15 juin 2023 selon le registre de sécurité, mais le procès-verbal n'a pas été consulté faute de transmission. La mission n'a donc pas pu définir si les recommandations éventuelles ont été levées. Remarque 12 : L'établissement n'a pas transmis à la mission le PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>L'admission</u>	<u>La procédure d'admission :</u> Il existe une procédure d'admission, qui est mentionnée dans le préprojet d'établissement (page 22). Ce thème sera également inscrit dans le futur PE en cours de rédaction. Dans l'étude d'un échantillonnage de dossiers, la mission a trouvé un dossier unique d'admission (DUA) pour plusieurs usagers. La mission a constaté également la présence de dossiers de demande d'admission internes à l'AEDE. L'établissement a informé la mission des difficultés rencontrées lors des connexions à Via Trajectoire. <u>A la réception de la demande d'admission :</u> Une commission d'admission est réalisée en interne (Directrice, psychologue, IDE, psychomotricienne, ergothérapeute). L'ARS/CD/MDPH ne sont pas présents à cette commission. L'établissement a ses propres critères d'admission, qui ne sont pas liés à des critères géographiques, ni d'autonomie dans les transports. Les critères sont liés au comportement de l'usager et/ou à des motifs médicaux. Les personnes accueillies ont des TSA complexes, avec troubles comportementaux associés. Actuellement deux usagers sont hors département dont un hors région. Il ressort de l'étude de leur dossier et des entretiens réalisés que des demandes d'admission ont été envoyées par les familles, qui ont pu être aidées dans leur recherche par l'assistante de service social. <u>L'admission ou le refus d'admission :</u> Les refus sont motivés et inscrits sur Via Trajectoire, dans le DUA. Depuis l'ouverture de l'établissement, il n'y a eu aucun refus à la suite de la période d'observation. Les 2 places temporaires sont occupées par les deux mêmes usagers, qui n'ont pas obtenu de places permanentes, pour lesquels un accord de dérogation a été notifié par les autorités. La Directrice prend la décision de l'admission, après avis pluridisciplinaire. Les refus motivés sont notifiés aux familles ou aux représentants légaux. En cas d'admission, une visite de préadmission est réalisée, ainsi qu'un stage de découverte de 2 semaines. La validation définitive de l'admission est effectuée à la suite d'une période d'essai de 6 mois (renouvelable 3 mois, si nécessaire).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les modalités d'orientation prévues en cas de fin de prise en charge au bout de 6 mois ne sont pas renseignées. Lors de l'entretien avec la direction, il a été indiqué que cette fin de prise en charge ne s'effectue pas sans solution et que les recherches s'effectuent en amont. Écart 13 : La procédure d'admission prévoyant une possible fin de prise en charge au bout de six mois sans que soient protocolisées les modalités ou l'information à la MDPH, l'ARS et le CD, est susceptible d'affecter la sécurisation du parcours de résident, ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF et aux RBPP (HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018 et HAS « Qualité de vie en MAS-FAM, volet 3 : Le parcours et les formes souples d'hébergement », 2014-Bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission.)
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »</u>	La structure accueille en hébergement temporaire [REDACTED] La liste des dossiers d'admissions issus d'un plan d'accompagnement global (PAG), faisant suite aux GOS, (Groupe Opérationnel de Synthèse) pour les usagers sans solution n'a pas été transmise à la mission.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>Le contrat de séjour</u>	Le contrat de séjour est remis dans les 15 jours suivant l'admission. Il est signé par l'usager et/ou son représentant légal dans le mois suivant l'admission. Un document sur les "dispositions particulières" est annexé au contrat de séjour et détaille les adaptations individuelles de prise en charge et notamment concernant les risques évalués/mesures proposées, les soins, ... En page 4 du contrat de séjour il est inscrit : "La personne accompagnée est associée à toutes les décisions et réunions la concernant ... Son consentement est recherché. Les leviers permettant de rechercher le consentement de l'usager sont de lui permettre par des mots simples ou de désigner la personne à qui il fait le plus confiance ». Pour illustrer la recherche du consentement, un ASSES a décrit lors d'un entretien qu'il pouvait utiliser le dessin pour que l'usager désigne la personne qui le protège le mieux, voir qu'il l'écrit si possible. Ce temps peut être accompagné par la psychologue. L'établissement met en œuvre des mesures adaptées, à sa disposition, afin que cette participation soit effective."
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>Le livret d'accueil</u>	Un exemplaire vierge a été transmis à la mission. L'étude des dossiers des usagers montre que le livret d'accueil est bien remis à l'usager lors de son admission dans l'établissement. La charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que le règlement de fonctionnement sont annexés au livret d'accueil. Sont annexés également la notice d'information sur la personne de confiance, ainsi que la liste des personnes qualifiées et la liste des membres élus du CVS.

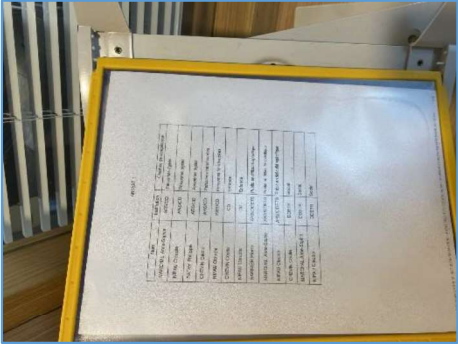
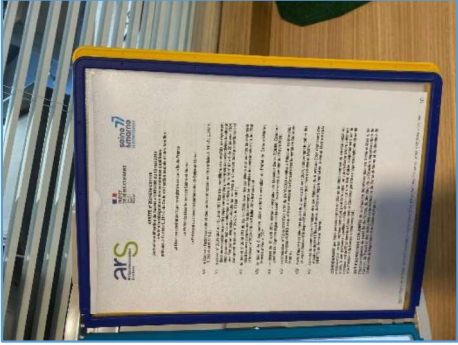
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. <u>Les médecins traitants</u> Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?	La liste du médecin traitant [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
	3.1.6. <u>Les transmissions inter équipes</u>	Les temps de transmission sont programmés de [REDACTED] Le chevauchement des plannings des personnels éducatifs permettant les transmissions s'effectue [REDACTED] tous les jours. Le pilotage est effectué par la cheffe de service (CDS) éducative. Les transmissions sont effectuées sur le logiciel [REDACTED] et les transmissions IDE sont imprimées pour les transmissions orales entre équipes de jour et de nuit.
	3.1.7. <u>Relations avec la MDPH</u>	La mission a obtenu des comptes-rendus de plusieurs commissions de préadmissions en 2021-2022. La mission a identifié la directrice de l'établissement comme interlocutrice de la MDPH. Des justificatifs de mails ont été fournis à la mission, prouvant des contacts entre l'établissement et la MDPH, au sujet de situations particulières. L'établissement ne participe pas à la CDAPH. Les documents transmis et vus sur site ne permettent pas de définir si une formalisation de PAG existe dans l'établissement ou de définir le nombre d'usagers bénéficiant d'un PAG.

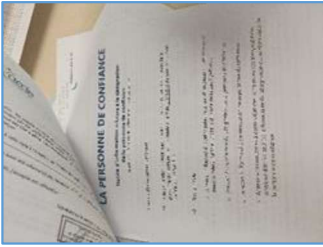
3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.1. <u>Les outils d'évaluation</u>	Il existe un processus formalisé de réalisation des projets personnalisés, dans lequel est planifié l'ensemble des étapes. Les usagers et leurs représentants sont sollicités concernant les besoins et les souhaits. Les professionnels de chaque pôle (éducatif et médical) évaluent les capacités et l'autonomie de l'utilisateur. Des outils d'évaluation (apprentissage, comportements, fonctionnelle, sont présents dans un certain nombre de dossiers d'usagers examinés.)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.2. Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :	Sur l'échantillonnage des dossiers des usagers consultés par la mission, les projets personnalisés sont inclus. Les PIA sont régulièrement actualisés. Un planning est établi à cet effet, ainsi qu'un processus de réalisation et de suivi du projet individualisé. Chaque professionnel est référent d'un certain nombre de résidents. Une liste a été communiquée à la mission. Les familles et représentants sont sollicités pour l'élaboration des PIA (une procédure de réalisation et de suivi du projet individualisé a été transmise). Des réunions de synthèse sont prévues dans ce processus, auxquelles sont associées les professionnelles, les familles/représentants et le résident.

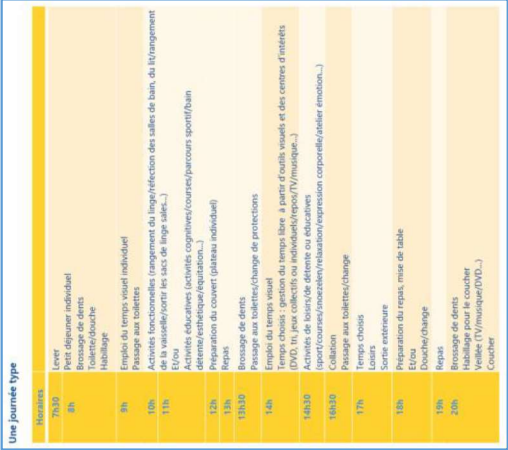
3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.1. Les personnes qualifiées départementales	Le dernier arrêté de nomination des personnes qualifiées est affiché à l'accueil de l'établissement, intégrant la liste des personnes nommées. <u>Document 2.</u> Photos prises sur site le 10 avril 2025, affichage. 
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. La personne de confiance des usagers	Les usagers et familles reçoivent la notice d'information désignant la personne de confiance. Les annexes sont complétées et rangées dans les dossiers des usagers.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les personnes de confiance sont identifiées dans chaque dossier consulté. Document 3. Photo prise sur site le 10 avril 2025, annexe dédiée à la personne de confiance. 
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.3. L'identification des usagers (identitovigilance)	L'établissement s'appuie sur le Nom, Prénom, date de naissance et sur la photo. Cependant, la photo n'est pas retrouvée dans les dossiers Airmes™ pour la moitié des résidents (20 résidents sur 40). Remarque 13 : Pour la moitié résidents, les photos ne sont pas utilisées pour l'identitovigilance, ce qui est susceptible d'augmenter les risques d'erreur dans la prise en charge, notamment pour l'aide à la prise médicamenteuse (réf. : ARS PACA 2017 : Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en Ehpad et autres établissements médico-sociaux). Dans les documents fournis à la mission ne figure pas de mention concernant l'existence d'un coffre-fort, ni sur la prise en charge des effets personnels de valeur. Remarque 14 : L'établissement n'a pas mis à disposition des usagers, un coffre-fort permettant de sécuriser leurs effets personnels.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.4. Les mesures de protection des biens Est-il proposé un coffre-fort pour effets personnels de valeur des usagers ?	

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.1. Relations avec les familles	Les familles sont rencontrées régulièrement, et au minimum une fois par an, à l'occasion de la révision du projet personnalisé. La mission n'a toutefois pas obtenu d'éléments permettant de connaître la nature de l'accompagnement proposé aux familles. Un cahier de liaison est mis en place entre l'établissement et les familles. Des réunions et synthèses sont organisées, notamment lors de l'élaboration du projet personnalisé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. <u>Organisation de sortie extérieure</u>	Des journées festives, telles que la fête de fin d'année scolaire, sont également proposées avec la participation des familles. Par ailleurs, une salle à manger avec un coin cuisine, ainsi qu'une chambre et une salle de bain, sont mises à leur disposition. Le livret d'accueil présente une journée-type, incluant un temps dédié aux sorties l'après-midi. Il y est également fait mention des séjours organisés par la résidence. Document 4. Photo prise sur site le 10 avril 2025, livret d'accueil.  Dans le livret d'accueil sont également évoqués des séjours encadrés par la résidence
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>	Les usagers peuvent circuler entre les différents pavillons. Ils peuvent se rencontrer et échanger notamment dans les salles de repos qui sont présentes sur chaque unité. Dans la Charte des droits et des devoirs des personnes accueillies, "l'article 12 stipule : <i>RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITE Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.</i> ", le règlement de fonctionnement note également que l'usager peut bénéficier du droit inscrit dans cet article, mais aucune disposition particulière n'est décrite ou explicitée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les entretiens menés auprès professionnels n'apportent pas non plus d'élément supplémentaires permettant de définir si des dispositions spécifiques sont organisées afin de respecter l'article 12 cité. Écart 14 : La procédure relative au respect de l'intimité des usagers n'est pas formalisée, ce qui contrevient à la Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences du 5 juillet 2021.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>Les activités</u>	Dans le Règlement de fonctionnement, au chapitre 5-4-2, sont mentionnées les Activités éducatives et pédagogiques : “L'établissement favorise la réalisation d'activités à l'extérieur, régulières ou ponctuelles, sur les domaines du sport, de la culture, d'accès aux loisirs... Certaines d'entre elles sont animées par des intervenants extérieurs dans les locaux de l'établissement. Ils peuvent être des prestataires de services, des partenaires ou encore des bénévoles.” Les activités sont programmées le matin ou en après-midi.

3.6. L’hébergement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.6.1. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u>	Dans la journée type, les moments dédiés à l'hygiène corporelle sont prévus à plusieurs horaires : de 8h à 9h, à 13h30, de 18h à 19h, et à 20h. Cependant, la mission ne dispose d'aucun élément concernant le suivi documenté de l'hygiène corporelle (le médecin de la mission n'a pas non plus retrouvé de traçabilité des soins d'hygiène dans Airmes™. Sur ce thème, seule la programmation de bains de bouche a été retrouvée, avec une traçabilité de réalisation très faible voire absente). Les dispositions individuelles sont consignées dans une annexe au contrat de séjour, intitulée « Dispositions particulières au contrat de séjour ». Remarque 15 : L'absence des éléments de traçabilité ne permet pas à la mission d'évaluer de manière fiable la qualité et la régularité des soins d'hygiène corporelle prodigués aux résidents.

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.2. <u>Le circuit du linge</u> -	Le circuit du linge est géré en interne. Une procédure précise recense les tâches à réaliser quotidiennement et hebdomadairement. Un jour par semaine est dédié au traitement du linge sale des résidents, tandis que le linge propre est stocké puis distribué par pavillon, également une fois par semaine.

3.7. L'alimentation

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.1. <u>La conception des repas</u>	Les repas proposés sont équilibrés et adaptés aux goûts ainsi qu'aux besoins des résidents. La directrice assure le respect du cahier des charges de la restauration, en collaboration avec le responsable cuisine, présent sur site de 6h30 à 14h30 en semaine, ainsi que les week-ends à tour de rôle (un demi-week-end). Les menus sont élaborés en lien avec la diététicienne du prestataire. La commission menus se réunit une fois par trimestre. Les repas sont préparés sur place par le prestataire COMPASS-MEDIREST, qui emploie un chef de cuisine et un gérant titulaire d'un CQP, (certificat de qualification professionnelle) ainsi qu'un plongeur. La préparation des repas du midi et du soir est réalisée le matin. Le repas du midi est livré dans chaque pavillon par chariot, assuré par les cuisiniers. Quant au repas du soir, il est maintenu au chaud sur les chariots, stationnés dans le couloir de la cuisine, puis distribué aux pavillons à l'heure du repas par le personnel de l'établissement. La prestation de cuisine est assurée par un prestataire externe, dont le contrat est signé par l'organisme gestionnaire (OG), COMPASS-MEDIREST. A noter que seuls deux résidents requièrent un repas de substitution, pour des raisons liées à leurs goûts ou à leur comportement.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.2. <u>Les salles de restauration</u>	Les horaires de repas sont : Petit-déjeuner : 8h Déjeuner : 13h Goûter : collation à 16h30 Dîner : 19h La collation du soir est organisée par l'équipe de nuit selon les demandes et besoins des résidents. Les périodes de jeûne sont adaptées en fonction des sollicitations des usagers.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.3. <u>Les régimes, textures</u>	Un usager bénéficie d'une ordonnance prescrivant une texture alimentaire adaptée. Les besoins spécifiques en matière de régime et de texture sont communiqués à la cuisine.

Points de contrôle		Observations ou commentaires
Sous-thème IGAS		
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.4. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u>	D'après les entretiens, deux résidents sont concernés par des troubles de la déglutition. La détection de ces derniers est assurée par les IDE (mais pas de manière systématique à l'admission). En cas de suspicion, elles ne peuvent pas faire appel à un orthophoniste pour confirmer le diagnostic, car aucun professionnel disponible n'a été trouvé. Pour l'un des deux résidents, une texture hachée est préparée par un soignant et les comprimés sont essentiellement sous forme de solutions buvables. L'autre résident ne pose désormais que peu de difficultés en lien avec ses troubles de la déglutition. Remarque 16 : L'établissement n'a pas encore développé de partenariat avec un professionnel externe pour pouvoir faire réaliser systématiquement des bilans de troubles de la déglutition.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.5. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u>	Les résidents et familles référents à la commission menus font le relais avec l'ensemble des usagers concernant la satisfaction sur l'alimentation. Les tableaux de suivi des poids et IMC des usagers pour l'année 2024 et l'année en cours ont été communiqués à la mission à sa demande. Le suivi nutritionnel est principalement assuré par les IDE. En entretien, elles ont indiqué effectuer des pesées mensuelles. Cependant, si la mission a pu vérifier que les pesées se faisaient mensuellement en 2024, tous les dossiers analysés au 15 mai 2025 mentionnaient le dernier poids mesuré entre le 5 et le 7 mars 2025. Mais tous les dossiers analysés présentaient une mesure somme toute récente du poids des résidents et des mesures du poids effectuées en janvier et février 2025. Les IDE ont indiqué s'appuyer essentiellement sur la variation du poids (pas sur l'indice de masse corporelle) et sur les retours que leur font les autres professionnels de l'EAM concernant les anomalies de comportement alimentaire. En cas de besoin, elles alertent le médecin somatique ou le médecin traitant du résident si besoin, ainsi que les familles. Les problèmes rencontrés sont essentiellement liés à des surpoids, comme ce qui est classiquement rencontré pour ce type de public (notamment en lien avec la prise de neuroleptiques). Pour plusieurs résidents, la mission a pu constater qu'après être entrés dans l'établissement en étant de surpoids, une régularisation de leur poids était observée au cours du temps. Des régimes hypocaloriques sont prescrits et des objectifs liés à la nutrition sont intégrés dans les projets personnalisés, ainsi qu'a pu l'observer la mission dans les dossiers médicaux. Ainsi, le suivi alimentaire des résidents par les IDE et le relais qui est pris par les médecins est effectif. L'établissement n'a pas communiqué à la mission de procédure mise en place en cas de troubles de l'alimentation. Les besoins sont définis dans l'annexe au contrat de séjour, intitulé « Dispositions particulières au contrat de séjour » Dans chaque dossier individuel qui figure dans les bureaux des professionnels socio-éducatifs sont mentionnées les difficultés quotidiennes des usagers, ainsi que leurs habitudes de vie quotidienne. Dans la cuisine sont affichées les habitudes des usagers relatifs à l'alimentation (goûts, déroulement des repas, ...)

3.8. La dispensation des soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
	3.8.1. <u>L'organisation des soins</u>	<u>L'organisation des soins</u> définie par le <u>projet d'établissement</u> : Comme indiqué supra, il n'existe pas de projet d'établissement finalisé. Dans le préprojet de 2019 transmis par l'établissement, l'approche de la prise en charge somatique est explicitée et le rôle des différents professionnels médicaux et paramédicaux est détaillé. Cependant, l'organisation décrite ne répond pas pleinement au fonctionnement actuel de l'EAM. En particulier, la prise en charge médicale répartie entre le médecin somatique, le médecin psychiatre et le MédCo à distance n'est pas présentée. Par ailleurs, l'organisation générale des soins est décrite, ainsi que les partenariats existants avec des établissements et des professionnels médicaux et paramédicaux extérieurs. <u>Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante</u> : Au jour de l'inspection, un médecin coordinateur (MédCo [REDACTED]) [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] la collaboration avec ce MédCo est récente mais elle est prévue courant mai, d'après le MédCo. Il n'y a pas d'astreinte médicale pour l'établissement. En pratique, la coordination médicale [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		Des réunions du MédCo avec les IDE sont organisées a minima tous les 15 jours (« toutes les semaines en fonction des besoins » selon le MédCo). Par ailleurs, l'envoi par les IDE des ordonnances papier à saisir par le MédCo se fait via une boîte de dépôt en lien avec le logiciel [REDACTED] au fil de l'eau. Le cadre IDE : Il n'y a pas de cadre IDE pour l'encadrement de l'équipe des [REDACTED]. Mais la directrice adjointe (ergothérapeute de formation) assure un pilotage de l'équipe au quotidien si nécessaire et a minima via une « réunion soins » mensuelle (feuilles d'émarginement transmises ; pas de compte rendu transmis) à laquelle participent [REDACTED] à chaque fois, en fonction des rotations. Ces réunions sont l'occasion, pour les IDE de faire part de leurs difficultés et de proposer des évolutions de leur organisation. L'équipe d'IDE est stable depuis 2022 et la mission a pu constater qu'elle est bien organisée et capable de travailler avec un bon niveau d'autonomie.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.2. <u>Plannings et continuité des soins</u>	<u>Organisation de la continuité :</u> De manière schématique, les plannings des IDE prévoient leur présence à deux, tout au long de la semaine, en journée de 8h à 20 h ou de 9h à 20h et, le mercredi, la présence d'une IDE en plus de 14h à 17h. Le jeudi, les IDE sont trois jusqu'à 15h30. En pratique, l'examen plus détaillé des plannings réalisés (par exemple celui de janvier 2025) montre que les horaires de début sont soit à 8h, 8h30, 9h ou 14h et les horaires de fin à 15h30, 16h, 17h, 19h et, le plus souvent, 20h. La couverture de la journée est donc correctement assurée. La nuit, le relais est pris par les soignants et les veilleurs de nuit. Il n'y a pas d'astreinte IDE ni d'astreinte médicale. <u>Délégations par les IDE :</u> Les IDE n'ayant pas énormément de soins infirmiers à réaliser du fait de l'âge modéré des résidents et de leur bon état de santé général, les soins ne sont pas délégués aux aides-soignants. <u>Organisation pour les transmissions quotidiennes</u> Selon les entretiens, les IDE font des transmissions ciblées afin de communiquer entre elles, ces transmissions ne pouvant être vues par les équipes d'accompagnement et des transmissions non ciblées lorsqu'elles souhaitent qu'elles soient lues par ces dernières. D'après l'analyse des dossiers médicaux, les transmissions des IDE sont effectivement assurées sur le logiciel Airmes™ et sous forme ciblée. Cependant, ces transmissions sont peu nombreuses. La plupart remontent à 2024. Concernant la coordination avec les médecins, les IDE prévoient quels résidents doivent être vus par le médecin somatique lors de son passage tous les 15 jours sur l'établissement [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		En entretien, il a été indiqué que le médecin somatique, généraliste, est le médecin traitant (MT) de la plupart des résidents (ce qui, d'après la liste des médecins transmises, ne se vérifie pas totalement [redacted] et reste très disponible, même en dehors de ses demi-journées de présence sur l'établissement et même pour les résidents dont il n'est pas le MT. Il dispose d'une connexion à distance sur le logiciel Airmes™ lui permettant notamment de saisir des ordonnances en cas de besoin. Lorsque le médecin somatique vient sur la résidence, les IDE préparent une liste des résidents et problématiques qu'elles souhaitent aborder. <u>Les modalités de traçabilité des soins</u> Depuis le 2^e trimestre de 2024, l'EAM dispose de l'outil [redacted] qui permet d'assurer une traçabilité de la totalité des soins et des suivis. Le seul suivi qui n'est pas facilement réalisable sur l'outil pour l'instant concerne les pansements mais une demande a été faite auprès de l'éditeur pour implémenter cette fonction. La traçabilité se fait à distance du soin et non en temps réel, sur poste informatique au sein de l'infirmerie. L'EAM ne dispose pas de tablettes pour une traçabilité au fur et à mesure de la réalisation des soins. Les transmissions des IDE sont essentiellement ciblées mais peu nombreuses. Les soignants font quant à eux surtout des transmissions narratives, très régulières. <u>Continuité de l'accompagnement</u> Les résidents sont accompagnés par du personnel de l'EAM pour tous leurs déplacements en consultations externes. Une fiche de liaison les accompagne.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.3. <u>Missions médicales</u>	<u>Les dossiers médicaux :</u> Chaque résident dispose d'un dossier médical sur [redacted] Les dossiers médicaux ne contiennent pas tous des observations médicales et un bilan biologique récents, en particulier ceux dont le médecin traitant n'est pas le médecin somatique partenaire de l'établissement. Les observations du psychiatre sont visibles sous forme de fichier Pdf rattaché à la box usager de chaque résident. <u>Organisation de la mise à jour des données médicales figurant dans les DLU</u> Les dossiers de liaison d'urgence sont édités à partir [redacted]. Ils contiennent essentiellement les prescriptions en cours. Lorsque les rubriques sont renseignées, ils peuvent également contenir les antécédents, allergies et histoire de la maladie mais, comme précédemment évoqué, cette information est régulièrement absente. Par ailleurs, concernant la vie quotidienne, le comportement et les capacités ou limitations des résidents, un commentaire les synthétise.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		Remarque 17 : Le fait que les dossiers médicaux soient incomplets sur l'antériorité médicale des résidents se répercute sur les DLU, qui sont de fait souvent incomplets. <u>Les traitements administrés au sein de la structure</u> Les traitements sont tous prescrits par des médecins extérieurs. <u>Un cabinet médical présent dans la structure</u> Il n'y a pas de cabinet médical au sein de l'établissement.
	3.8.4. <u>Psychologue</u>	Deux psychologues à temps plein travaillent pour l'établissement. Elles travaillent ensemble, dans le même bureau et de manière totalement coordonnée. Elles remplissent des missions d'évaluation et de suivi des résidents (supervisions). Elles contribuent aux projets personnalisés. Une grande partie de leur temps de travail est consacré à l'accompagnement des équipes dans la mise en place des outils de communication, qu'elles doivent également concevoir pour chaque résident. Elles formalisent notamment un plan d'intervention comportemental pour chaque résident. Une grande partie de la traçabilité se fait sur papier et elles notent ponctuellement des observations ou transmissions dans Airmes™. Elles animent des ateliers thématiques (ex. : entraînement aux habilités sociales ; expression émotionnelle...) et participent à ces sorties et à la cuisine thérapeutique (avec l'ergothérapeute). Sur le thème de la vie affective et sexuelle, elles préparent actuellement des enseignements qu'elles déploieront ensuite auprès de l'équipe éducative et des résidents. Pour certains résidents qui le nécessitent, elles peuvent assurer un accompagnement individuel. De plus, elles sont en train de créer une salle hypersensorielle. En outre, elles assurent le lien avec les familles. Elles participent aux réunions de fonctionnement pluriprofessionnelles en lien avec la prise en charge des résidents et aux réunions de cadres de l'EAM. Afin d'assurer une bonne continuité des prises en charge, elles s'organisent pour ne pas être en congés en même temps. Au total, les psychologues assurent un travail très structurant pour la prise en charge des résidents, et de grande qualité.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.5. <u>L'infirmier</u>	Il existe un unique local d'infirmier au sein du pôle soins et activité qui s'organise comme suit : • Son accès est sécurisé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		• Il est accessible pour les infirmiers, aides-soignants de nuit et de jour, mais également à l'agent d'entretien/réparation et au personnel qui assure le nettoyage des locaux. • Les accès aux dossiers médicaux et aux médicaments qui se trouvent au sein de l'infirmierie sont également sécurisés, soit par des codes (pour les chariots de médicaments), soit par des clés pour les armoires contenant les médicaments, soit par des codes d'accès informatique (pour les dossiers médicaux). • Les revêtements des paillasses sont adaptés au bionettoyage. • Le robinet du lave-mains et le distributeur de savon ne permettent pas une commande au coude ou bien une commande sans contact, ce qui ne respecte pas les RBPP relatives à la prévention des infections en établissement médico-social. • En revanche le distributeur de papier essuie-main permet d'y accéder sans autre contact préalable.
		Remarque 18 : L'absence de commande au coude ou sans contact pour le robinet et le distributeur de savon ne permettent pas un lavage des mains conforme aux bonnes pratiques de prévention des infections en établissement médico-social.
		<u>Les chariots de soins :</u> Les chariots de soins sont correctement équipés. (matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements). Il existe un chariot d'urgence, stocké au sein de l'infirmierie, accessible de jour et de nuit.
		<u>Le réfrigérateur :</u> Un réfrigérateur avec thermomètre (température tracée) existe,
		<u>Le stockage des médicaments :</u> L'ensemble des médicaments se trouve au sein de l'infirmierie. Il existe une dotation pour besoins urgents clairement identifiée.
		Les piluliers sont livrés sous format « escargot », composés de sachets distincts en fonction de l'horaire. Ils sont stockés dans les chariots de médicaments. Le hors pilulier (flacons multidoses ou des « si besoin ») est stocké, au nom de chaque résident, dans des casiers au sein d'une armoire dont l'accès est sécurisé.
		Les mentions sur les casiers et sur les sachets permettent une bonne identitovigilance. Les photos des résidents figurent sur les casiers pour seulement la moitié des résidents (cf. supra) mais le système de piluliers ne permet pas l'affichage des photos.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		<u>Coffre à toxiques et moyens de sécurisation</u> • Un coffre à toxique est présent, dans l'infirmerie, au sein d'une armoire consacrée au matériel de soins. Son accès est sécurisé par un code, connu uniquement des IDE. • Son contenu est exclusivement dédié aux stupéfiants et un registre de suivi est disponible et correctement complété à chaque mouvement. <u>Chariot médicament :</u> Les deux chariots de médicament sont sécurisés par un code. <u>Matériel d'aspiration :</u> L'établissement dispose d'un matériel d'aspiration, qui n'était pas fonctionnel le jour de l'inspection. D'après les entretiens, un nouvel appareil serait en commande. <u>Remarque 19 : L'EAM ne disposait pas d'un matériel d'aspiration fonctionnel le jour de l'inspection.</u> <u>Le défibrillateur automatique externe (DAE) :</u> L'établissement dispose de deux défibrillateurs. <u>La bouteille d'oxygène :</u> Une bouteille d'O2 est disponible sur le chariot de soins. <u>Extracteur O2 et ECG</u> L'établissement ne dispose pas d'extracteur d'O2. L'établissement dispose d'un ECG. <u>Poubelle et container DASRI :</u> Des containers DASRI pour les déchets mous et pour les déchets coupants piquants et tranchants sont disponibles au sein de l'infirmerie. <u>Trombinoscope des résidents.</u> Un classeur par unité présente les résidents selon un trombinoscope. Cependant, pour certains résidents, aucune photo n'est présente (cf. supra). <u>Tableau de programmation des soins.</u> Les soins sont programmés sur Airmes™. <u>Matériels de pesée :</u> - Balance debout - Chaise - Plateforme

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		- Person Tous les résidents étant autonomes pour leurs déplacements, la pesée est assurée sur une balance, présente au sein de l'infirmierie. <u>Appels malades :</u> Il n'existe pas d'appels malade, tous les résidents étant mobiles et se déplaçant jusqu'à l'infirmierie en cas de besoin.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.6. <u>La prise en charge en rééducation (psychomot., ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)</u>	La rééducation est assurée par une psychomotricienne, une ergothérapeute et un enseignant en activité physique adaptée, sous forme individuelle et/ou collective. La traçabilité des séances individuelles et des groupes et ateliers est visible au sein de l'agenda sur Airmes™ et fait l'objet de transmissions ciblées. Plusieurs ateliers sont régulièrement proposés (« Café papote », « Éveil corporel », « Habiletés sociales », « handicaps », etc.). Il existe un espace d'activité et des salles sont à disposition. Une salle Snoezelen et une balnéothérapie sont également disponibles. De plus, des jardins sont utilisés pour certaines rééducations et l'établissement peut ainsi bénéficier d'espaces de rééducation en extérieur. Enfin, les résidents peuvent bénéficier des structures alentour, telles que la piscine, le parc des Capucins, le centre-ville qui n'est pas très éloigné, le centre commercial, le cinéma, etc. Les locaux sont correctement adaptés et équipés. Un ensemble d'activités dédiées à la rééducation motrice, sensorielle et des émotions est organisé, soit sous forme de séances individuelles, soit sous forme de groupes. La problématique de l'appareillage concerne peu les résidents, qui sont globalement autonomes. Les résidents qui le nécessitent disposent cependant de prescriptions pour appareillage et les besoins sont ainsi couverts. L'ensemble de l'équipe, qu'il s'agisse des soignants ou des éducateurs, connaît les objectifs spécifiques de chacun des résidents et contribue à stimuler les résidents autour de ces objectifs (par exemple, l'IDE contribue à aider un résident à accepter un prélèvement sanguin en passant par des étapes intermédiaires de familiarisation avec l'environnement et la mise en situation fictive).
3.8 Champ thérapeutique	3.8.7. <u>Gestion des urgences médicales</u>	<u>La gestion des urgences :</u> Pour les urgences médicales absolues, l'établissement n'a pas transmis de procédure. En entretien, il a été indiqué que la conduite à tenir était l'appel du 15. <u>Les protocoles :</u> Plusieurs protocoles de soins en lien avec des urgences relatives ont par ailleurs été transmis : - Protocole de soins IDE fièvre

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		- Protocole de soins IDE chute - Protocole rhume - Protocole pour les accidents d'exposition au sang Ces protocoles sont simples et présentent efficacement la conduite à tenir mais ils ne répondent qu'à une petite partie des situations d'urgence relatives qui peuvent être rencontrées en EAM. Remarque 20 : Il n'existe pas de procédure pour la prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement. Et les protocoles couvrant les situations d'urgence relative ne concernent qu'une petite partie des situations auxquelles les équipes soignantes sont susceptibles d'être confrontées. <u>Le chariot d'urgence :</u> • La dotation du chariot d'urgence est définie, signée et à jour. Elle est visible dans le classeur dédié au chariot d'urgence. Celui-ci est scellé. • Le contenu du chariot d'urgence est régulièrement vérifié. La dernière vérification remontait au 9 mars 2025, soit un mois plus tôt que le jour de l'inspection. • La mission n'a pas retrouvé de produits périmés. • L'obus d'oxygène est accroché au chariot d'urgence. <u>Aspiration fonctionnelle :</u> Un aspirateur à mucosités est disponible mais non fonctionnel le jour de l'inspection. Un nouveau était en commande.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.8.8. Les prises en charge	<u>Les prescriptions médicales</u> Au sein de la dizaine de dossiers médicaux de résidents analysés par la mission, la présence de prescriptions médicales à jour a été observée. Ces prescriptions sont conformes. <u>Les prescriptions de rééducation</u> La mission n'a pas retrouvé de prescription de rééducation au sein des dossiers analysés, sachant que, d'après les entretiens, peu de résidents sont concernés par des prescriptions de kinésithérapie. <u>Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...)</u> La mission a retrouvé des prescriptions d'appareillage dans certains dossiers de résidents.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.9. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	Peu de professionnels de santé libéraux interviennent directement au sein de l'EAM : le médecin somatique et la kinésithérapeute. En outre, le médecin coordinateur intervient, essentiellement à distance, pour la saisie des ordonnances. Les résidents vont consulter leur médecin traitant en externe, y compris parfois les résidents suivis par le médecin somatique lorsque le besoin d'une consultation ne peut attendre la venue de ce dernier sur l'établissement. Les consultations avec le médecin psychiatre partenaire se font également à l'extérieur, dans son cabinet. Pour les professionnels de santé partenaires habituels de l'établissement, seule la convention avec le médecin coordinateur a été transmise. Pour le médecin somatique et la kinésithérapeute, il n'existe pas de document indiquant qu'ils s'engagent à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ainsi qu'à adapter leurs modalités d'intervention afin de garantir la qualité des prestations, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article D344-5-15 du CASF. Écart 15 : L'établissement ne dispose pas d'une convention signée par le médecin somatique et la kinésithérapeute qui interviennent au sein de l'établissement indiquant qu'ils s'engagent à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ainsi qu'à adapter leurs modalités d'intervention afin de garantir la qualité des prestations. Cette situation ne respecte pas les dispositions de l'article D344-5-15 du CASF¹⁸. Le logiciel Airmes™ est l'outil principal de communication entre les équipes et les professionnels de santé partenaires. Par ailleurs, les IDE préparent une liste des points à aborder avec le médecin somatique lors de sa venue. Ce dernier trace directement au sein des dossiers Airmes™.

¹⁸ Article D344-5-15 Les personnels de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être salariés de l'établissement, du service ou d'une structure avec laquelle est conclue une convention ou qui est membre du même groupement, ou exercer à titre libéral lorsqu'ils sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Dans ce dernier cas, les professionnels libéraux s'engagent vis-à-vis des établissements ou services visés à l'article D. 344-5-1 à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ou de service, ainsi qu'à adapter leurs modalités d'intervention afin de garantir la qualité des prestations.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		La mission n'a pas examiné de dossier de résident concerné par une prise en charge par la kinésithérapeute et n'a pas la capacité de vérifier qu'il existe une traçabilité de la part de cette dernière.
	3.8.10. <u>Les procédures et protocoles</u>	A l'instar de ce qui a précédemment été indiqué à propos des situations d'urgence, l'établissement dispose de peu de protocoles ou procédures pour les autres situations rencontrées par les professionnels du soin, hormis le circuit du médicaments (cf. infra). Ainsi, en complément des protocoles en lien avec les urgences relatives, trois autres documents ont été transmis : - Un protocole Audispray relatif à l'hygiène régulière des oreilles, datant d'avril 2022 ; - Un protocole rhume, daté d'octobre 2023 ; - Une procédure Meopa relative à la gestion des résidents non-coopérants ou anxieux devant subir un geste douloureux, datant de janvier 2025. Ces protocoles sont clairement rédigés et adaptés au fonctionnement de l'établissement. Mais il manque donc des protocoles en lien par exemple avec les bilans et évaluations à réaliser à l'admission de tout nouvel entrant, au repérage et à la gestion de la douleur, à la conduite à tenir en cas de vomissements et/ou diarrhée, la gestion de la crise d'épilepsie, etc. Remarque 21 : Hormis le circuit du médicament, le fonctionnement des soins ne s'appuie que peu sur des procédures et protocoles, ce qui peut fragiliser la prise en charge des résidents, notamment lorsque l'établissement a recours à des personnels effectuant des remplacements. <u>Procédure de décision de traitement de la crise épileptique</u> Il n'existe pas de procédure de gestion de la crise d'épilepsie, ce qui rejoint la Remarque 21 : La mission a cependant retrouvé la trace d'une transmission ciblée d'IDE suite à une crise d'épilepsie, avec prise des paramètres vitaux et indication de la vitesse de récupération. <u>Prévention des escarres</u> Les résidents étant tous mobiles, la prévention des escarres n'est pas un enjeu pour l'établissement. <u>Le traitement de la douleur</u> S'il n'existe pas de procédure relative à la détection et à la prise en charge de la douleur, comme mentionné supra, la mission a toutefois pu constater que la totalité de la dizaine de résidents dont elle a consulté le dossier médical disposaient d'une prescription d'antidouleur en cas « si besoin ». Par ailleurs, les entretiens ont été concordants sur le fait qu'en cas de problème de comportement chez l'un des résidents, la première piste explorée est celle de l'existence d'une douleur.

	Les transmissions mentionnent régulièrement des douleurs des résidents observées par les soignants <u>Les soins palliatifs</u> Les résidents sont jeunes et ne sont pas concernés par les soins palliatifs. <u>Les contentions</u> D'après les entretiens, il n'y a pas de contention au sein de la résidence. Au sein de la dizaine de dossiers médicaux qu'elle a consultés, la mission n'a pas non plus retrouvé la mention de contentions. Deux résidents sont toutefois susceptibles d'être enfermés de manière temporaire. le temps de la gestion de la situation critique qui les concerne et qui est bien connue des équipes. Ces situations ont été discutées en réunion clinique pluridisciplinaire et des protocoles signés par les parties ont été élaborés (ces documents ont été mentionnés en entretien mais n'ont pas été transmis à la mission).
--	--

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
	3.8.11. <u>Les accompagnements</u>	En cas de consultation à l'extérieur, les résidents sont systématiquement accompagnés par un éducateur spécialisé. Les IDE préparent un dossier de liaison d'urgence du résident et rajoutent éventuellement d'autres informations en fonction du rendez-vous. Les documents sont généralement préparés le week-end pour la semaine à venir.

3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.9 Champ thérapeutique	3.9.1. <u>Le circuit du médicament</u>	Depuis 2022, l'établissement a cherché à améliorer son organisation sur ce sujet et les résultats des audits annuels Archimed, transmis à la mission, traduisent cette amélioration. Il existe plusieurs procédures relatives au circuit du médicaments, qui ont été transmises à la mission d'inspection. Les procédures, datées de 2022 à 2025, portent sur la totalité du circuit, jusqu'à la traçabilité des EI. Un focus est fait sur la délégation et l'aide à la prise médicamenteuse. Un document intitulé « La sécurisation du circuit du médicament Résidence des Lilas », élaboré par les 4 IDE, daté de juillet 2023, précise chacune des étapes, de manière très spécifique à la résidence. Ce document, composé de 52 pages, est très complet.
	3.9.2. <u>Prescription</u>	<u>Prescription</u> Depuis que l'établissement a recours à un MédCo pour la saisie des ordonnances, celles-ci sont systématiquement informatisées. Dans l'attente de la retranscription d'une ordonnance, l'original est utilisé pour être transmis à la pharmacie. L'envoi s'effectue par mail. <u>Commandes</u> Les commandes sont réalisées sur un rythme hebdomadaire. <u>Dispensation et livraison</u> La dispensation et la préparation des doses à administrer sont réalisées par la pharmacie partenaire, au vu de la dernière ordonnance transmise par l'EAM. La livraison est effectuée le mercredi en début d'après-midi et vérifiée le jour même. Le hors pilulier est également inscrit sur les sachets. En cas de changement en cours de semaine, la pharmacie partenaire refait le rouleau entier, le jour même ou le lendemain. Soit l'établissement va les récupérer à la pharmacie, soit cette dernière assure la livraison. En cas d'erreur de délivrance, il n'y a pas de FEI complétée. Le point est vu directement avec la pharmacie.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 22 : Les erreurs de délivrance des médicaments par la pharmacie détectées par les IDE lors du contrôle post-livraison, ne font pas l'objet de fiches d'événement indésirable, ce qui ne permet pas d'en assurer une bonne traçabilité ni d'en effectuer une analyse globale périodique. Cela est susceptible de retarder le repérage de dysfonctionnements dans la préparation des doses à administrer. <u>La préparation des piluliers/doses quotidiennes</u> Outre la PDA réalisée par la pharmacie partenaire, la préparation des médicaments hors piluliers est assurée par les IDE. <u>Le coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants</u> Un coffre à toxiques est situé dans l'infirmerie et son accès est sécurisé. Le coffre à stupéfiants ne contient aucun autre produit ou dispositif. Le suivi des entrées et sorties est inscrit sur un registre à chaque opération. Ce stock n'est accessible qu'aux IDE. Sa gestion respecte la réglementation. <u>Le réfrigérateur</u> Un réfrigérateur est disponible pour les médicaments thermosensibles et ne contient aucun autre produit. Son état est propre. Sa température est contrôlée quotidiennement et tracée. La conduite à tenir en cas d'écart aux températures requises (3 à 8°C) est indiquée sur le document de traçabilité. <u>Médicaments hors PDA</u> Un stockage nominatif est réalisé pour tous les médicaments des résidents qui n'entrent pas dans le dispositif de PDA (sirop ; suppositoires, flacons multidoses...) au sein de casiers regroupés dans une armoire à médicaments par unité, mentionnant leur nom, prénom, date de naissance, et comportant leur photo (pour seulement la moitié des résidents). Ces éléments permettent d'assurer une identification globalement fiable, même si elle pourrait être renforcée par l'utilisation systématique des photos. <u>Dotation pour soins urgents</u> Un contrôle des périmés est effectué mensuellement et ce contrôle est tracé dans un tableau de suivi. Sur les flacons multidoses ouverts, la mission a constaté que la date de péremption était indiquée au marqueur, ce qui constitue une bonne pratique. <u>Distribution et administration</u> En journée, la distribution est assurée par les IDE. Les résidents viennent au sein de l'infirmerie prendre leurs médicaments. Ils disposent de chaises pour s'asseoir afin de prendre de leur temps, si nécessaire, toujours sous la surveillance des IDE. L'identification des médicaments est bien conservée jusqu'au moment de leur administration. <u>La délégation de la distribution des médicaments</u>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La délégation de l'aide à la prise médicamenteuse fait l'objet de deux procédures : - « Protocole d'aide à la prise médicamenteuse », daté de février 2024 ; - « Procédure d'administration et de traçabilité des traitements "si besoin" », datée de février 2025 Ces procédures sont tout à fait adaptées au fonctionnement de l'établissement. Elles prévoient la traçabilité de la prise sur [REDACTED] et la nécessité de réaliser une fiche d'événement indésirable (FEI) dans [REDACTED] en cas d'erreur médicamenteuse, ainsi que les numéros d'urgence à appeler. En revanche, d'après les entretiens, aucune formation spécifique à l'aide à la prise n'a été organisée et aucune vérification de la capacité de l'accompagnant à réaliser l'aide à la prise selon les bonnes pratiques n'a été réalisée, ce qui ne permet pas de s'assurer suffisamment que cette compétence spécifique est bien maîtrisée par intéressés. Écart 16 : Si la délégation par les IDE de l'aide à la prise médicamenteuse est correctement encadrée par des procédures pertinentes, la formation des délégués et le contrôle de leur maîtrise de ce processus ne sont quant à eux pas organisés, ce qui représente une fragilité à ce stade du circuit du médicament, susceptible d'affecter la sécurité de la prise en charge des résidents (réf. : art. L311-3 (1°) du CASF ; OMéDIT Ile de France janvier 2025 : « Fiche pratique aide à la prise : focus réglementaire » et mai 2023 : « Parcours habilitation aide à la prise »). Tracabilité de l'administration L'administration des médicaments est régulièrement tracée, comme a pu le vérifier la mission d'inspection au sein des dossiers médicaux qu'elle a consultés.

4. Relations avec l'extérieur - conventions.

L'insertion

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	4.1.1. <u>L'insertion de la structure dans le territoire</u>	Les locaux de l'EAM « les Lilas » sont implantés dans la commune de Coulommiers, dans le département de Seine-et-Marne (77). La structure se situe à environ 7 minutes à pied de la gare de Coulommiers. Elle est localisée à proximité d'un quartier résidentiel, dans un environnement calme, accessible, et bien desservi par les transports en commun (bus et train). L'environnement extérieur de l'établissement apparaît sécurisant. Il ressort des entretiens que l'établissement met en place diverses actions visant à favoriser son insertion dans l'environnement local. Parmi ces initiatives, on peut citer : • Le « Café Papote », organisé en partenariat avec un café de proximité situé à quelques pas de l'établissement ; • Des créneaux réservés à la piscine municipale, permettant aux usagers de bénéficier d'un temps de loisirs et d'activité physique ; • L'accès partagé à une piste d'athlétisme avec un collège voisin, offrant ainsi aux usagers la possibilité de pratiquer une activité physique en extérieur ; • Un projet de convention en cours avec un cinéma, afin de faciliter l'accès à la culture pour les résidents. Par ailleurs, la ville organise une journée de sensibilisation à l'autisme, à laquelle l'établissement participe activement, contribuant ainsi à une meilleure compréhension de cette thématique.

Les conventions

La mission constate que l'établissement a transmis les conventions suivantes :	
Soins médicaux et paramédicaux	
Actions de prévention et de santé publique	
Coopérations institutionnelles et accès aux soins spécialisés	

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	L'établissement accueille des résidents dans le cadre de l'accueil d'urgence, modalité non mentionnée au sein de l'arrêté d'autorisation/création daté du XX, ce qui contrevient à l'article L 314-4 du CASF .	11
<u>Écart 2 :</u>	Le règlement de fonctionnement de l'établissement date de plus de 5 ans, ce qui contrevient au R.311-33 du CASF.	15
<u>Écart 3 :</u>	L'établissement n'a pas élaboré de projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article L 311-8 du CASF	15
<u>Écart 4 :</u>	Le plan bleu n'a pas été révisé annuellement depuis 2022, ce qui contrevient à l'article R.311-38-1 (V) du CASF.	15
<u>Écart 5 :</u>	L'absence de formation à la sécurité incendie de l'ensemble du personnel contrevient à l'article L 311-3 (1) du CASF et à l'article L.4121-1 du Code du travail.	15
<u>Écart 6 :</u>	La dernière enquête de satisfaction n'est pas affichée, ce qui contrevient à l'article D311-15(III°) du CASF.	19
<u>Écart 7 :</u>	L'absence de transmission des comptes rendus de réunions du CVS à la mission ne permet pas de confirmer la régularité de la tenue des réunions du CVS, ni d'attester que les événements indésirables et les plans d'actions mis en œuvre à la suite de ces événements sont effectivement présentés aux membres du CVS. Cela contrevient aux dispositions des articles D311-15, D311-16 et R331-10 du CASF.	21
<u>Écart 8 :</u>	En l'absence de mise en œuvre d'une enquête de satisfaction formalisée, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D311-15 (III) du CASF, qui prévoient que l'établissement doit organiser l'évaluation de la satisfaction des personnes accueillies et de leurs représentants, notamment via des dispositifs adaptés au public concerné.	22
<u>Écart 9 :</u>	L'établissement n'a pas prévu de formation spécifique à la bientraitance et la prévention de la maltraitance dans les plans de formation 2024 et 2025. Cette absence ne permet pas de garantir la sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance. Cela contrevient au critère 1.3.2 du référentiel HAS ainsi qu'à l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles, relatif au respect des droits et de la dignité des personnes accompagnées.	27
<u>Écart 10 :</u>	L'établissement ne demande pas systématiquement l'attestation de l'inscription ordinaire des professionnels de santé devant régulièrement être inscrits pour être autorisé à exercer, ce qui contrevient notamment aux articles L 4311-15 du CSP pour les infirmiers et à l'article L 43416-2 du CSP Pour les orthophonistes.	39
<u>Écart 11 :</u>	L'établissement n'a pas établi de registre, paraphé par le maire, des entrées et sorties des usagers, ce qui contrevient aux articles L 331-2 du CASF et R 331-5 du CASF.	44
<u>Écart 12 :</u>	L'établissement n'a pas transmis la procédure relative à la prévention et à la gestion des fugues en vigueur au sein de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3, 1° du Code de l'action sociale et des familles.	51

<u>Écart 13 :</u>	La procédure d'admission prévoyant une possible fin de prise en charge au bout de six mois sans que soient protocolisées les modalités ou l'information à la MDPH, l'ARS et le CD, est susceptible d'affecter la sécurisation du parcours de résident, ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF et aux RBPP (HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018 et HAS « Qualité de vie en MAS-FAM, volet 3 : Le parcours et les formes souples d'hébergement », 2014-Bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission.)	53
<u>Écart 14 :</u>	La procédure relative au respect de l'intimité des usagers n'est pas formalisée, ce qui contrevient à la Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences du 5 juillet 2021.	58
<u>Écart 15 :</u>	L'établissement ne dispose pas d'une convention signée par le médecin somatique et la kinésithérapeute qui interviennent au sein de l'établissement indiquant qu'ils s'engagent à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ainsi qu'à adapter leurs modalités d'intervention afin de garantir la qualité des prestations. Cette situation ne respecte pas les dispositions de l'article D344-5-15 du CASF.	69
<u>Écart 16 :</u>	Si la délégation par les IDE de l'aide à la prise médicamenteuse est correctement encadrée par des procédures pertinentes, la formation des délégués et le contrôle de leur maîtrise de ce processus ne sont quant à eux pas organisés, ce qui représente une fragilité à ce stade du circuit du médicament, susceptible d'affecter la sécurité de la prise en charge des résidents (réf. : art. L311-3 (1°) du CASF ; OMéDIT Ile de France janvier 2025 : « Fiche pratique aide à la prise : focus réglementaire » et mai 2023 : « Parcours habilitation aide à la prise »).	74
<u>Écart 17 :</u>	La mission constate que l'établissement n'a pas contractualisé de convention ni avec un service d'urgence, ni avec un laboratoire d'analyses médicales. Cette absence de partenariats contrevient aux dispositions de l'article D.344-5-6 du Code de l'Action sociale et des Familles (CASF), qui impose aux établissements d'accueil médicalisé de formaliser des conventions avec les structures sanitaires locales, notamment pour garantir l'accès aux soins essentiels des personnes accompagnées.	77

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	L'établissement n'a pas mis en place une évaluation de la complexité de la prise en charge pour l'accueil de ses nouveaux résidents, ce qui contrevient aux bonnes pratiques professionnelles. <i>Recommandation : Il est demandé à la direction de rédiger et de mettre en place une échelle de complexité pour l'accueil de ses nouveaux résidents.</i>	12
<u>Remarque 2 :</u>	La quotité de temps de travail de la directrice adjointe allouée à l'encadrement de l'équipe soignante n'est pas formalisée.	18
<u>Remarque 3 :</u>	L'absence de règlement de fonctionnement finalisé du CVS limite la lisibilité et la formalisation du rôle, de la composition et du fonctionnement de cette instance. Elle limite également la capacité de la mission à évaluer si les modalités de fonctionnement sont conformes aux exigences du Code de l'action sociale et des familles (CASF).	20
<u>Remarque 4 :</u>	Aucun « référent bientraitance » n'a été identifié au sein de l'établissement. Ce rôle est plutôt assumé collectivement par les participants aux réunions bientraitance, sans désignation officielle ni cadre précis.	27

<u>Remarque 5 :</u>	Bien que le numéro national 3977, destiné à la lutte contre les maltraitements envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap, soit affiché dans le hall d'entrée de l'établissement, il n'apparaît pas dans le livret d'accueil remis aux sagers et à leurs familles. Son intégration dans ce document constituerait une amélioration de l'information et de l'accessibilité aux dispositifs de signalement, en cohérence avec les exigences du référentiel national en matière de bientraitance.	28
<u>Remarque 6 :</u>	Au jour de l'inspection, les fiches de postes par catégorie socio professionnelle (hors direction) n'ont pas été transmises aux salariés.	38
<u>Remarque 7 :</u>	La formation concernant la sécurité et la santé mentale du travailleur n'est pas inscrite au plan de formation 2025 (ce qui contrevient à l'article L4121-3 du code du travail).	40
<u>Remarque 8 :</u>	L'établissement n'a pas formalisé la procédure d'accueil des nouveaux professionnels.	41
<u>Remarque 9 :</u>	Les dossiers médicaux sont peu complétés pour les rubriques relatives aux antécédents, à l'histoire de la maladie et aux allergies. Ils comportent également peu d'observations des médecins traitants, y compris du médecin somatique partenaire de l'EAM.	45
<u>Remarque 10 :</u>	Les professionnels soignants et paramédicaux n'ont pas tous bénéficié d'une formation à l'outil de gestion du dossier de résident sur Airmes™.	46
<u>Remarque 11 :</u>	L'éventuel refus de vaccin antigrippal ou CoViD n'est pas tracé au sein du dossier médical du résident.	50
<u>Remarque 12 :</u>	L'établissement n'a pas transmis à la mission le PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.	51
<u>Remarque 13 :</u>	Pour la moitié résidents, les photos ne sont pas utilisées pour l'identitovigilance, ce qui est susceptible d'augmenter les risques d'erreur dans la prise en charge, notamment pour l'aide à la prise médicamenteuse (réf. : ARS PACA 2017 : Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en Ehpad et autres établissements médico-sociaux).	56
<u>Remarque 14 :</u>	L'établissement n'a pas mis à disposition des usagers, un coffre-fort permettant de sécuriser leurs effets personnels.	56
<u>Remarque 15 :</u>	L'absence des éléments de traçabilité ne permet pas à la mission d'évaluer de manière fiable la qualité et la régularité des soins d'hygiène corporelle prodigués aux résidents.	58
<u>Remarque 16 :</u>	L'établissement n'a pas encore développé de partenariat avec un professionnel externe pour pouvoir faire réaliser systématiquement des bilans de troubles de la déglutition.	60
<u>Remarque 17 :</u>	Le fait que les dossiers médicaux soient incomplets sur l'antériorité médicale des résidents se répercute sur les DLU, qui sont de fait souvent incomplets.	64
<u>Remarque 18 :</u>	L'absence de commande au coude ou sans contact pour le robinet et le distributeur de savon ne permettent pas un lavage des mains conforme aux bonnes pratiques de prévention des infections en établissement médicosocial.	65
<u>Remarque 19 :</u>	L'EAM ne disposait pas d'un matériel d'aspiration fonctionnel le jour de l'inspection.	66
<u>Remarque 20 :</u>	Il n'existe pas de procédure pour la prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement. Et les protocoles couvrant les situations d'urgence relative ne concernent qu'une petite partie des situations auxquelles les équipes soignantes sont susceptibles d'être confrontées.	68
<u>Remarque 21 :</u>	Hormis le circuit du médicament, le fonctionnement des soins ne s'appuie que peu sur des procédures et protocoles, ce qui peut fragiliser la prise en charge des résidents, notamment lorsque l'établissement a recours à des personnels effectuant des remplacements.	70

Remarque 22 : Les erreurs de délivrance des médicaments par la pharmacie détectées par les IDE lors du contrôle post-livraison, ne font pas l'objet de fiches d'événement indésirable, ce qui ne permet pas d'en assurer une bonne traçabilité ni d'en effectuer une analyse globale périodique. Cela est susceptible de retarder le repérage de dysfonctionnements dans la préparation des doses à administrer.

73

6. Conclusion

L'établissement d'accueil médicalisé (EAM) pour adultes en situation de handicap mental, Les Lilas, situé au 15 rue du Pré Meunier à COULOMMIERS (77120) est géré par l'association AEDE (au cœur des parcours de vie, anciennement association des établissements du domaine Emmanuel). Ainsi, dans le cadre de l'ONIC PH 2025-2027, cette mission d'inspection a été inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle 2025 sur la demande de la Délégation départementale de Seine-et-Marne.

La mission a eu pour objectifs d'investiguer notamment les thèmes suivants :

- Prévention et lutte contre les maltraitances ;
- Conformité des conditions d'installation, d'organisation, de gestion des ressources humaines et de fonctionnement aux normes opposables ainsi que de la qualité et de la sécurité des prises en charge des personnes accueillies ;
- La prise en charge en soin des résidents
- Promotion de l'autonomie, respect des droits et libertés individuels ;
- Application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND) ;
- Relations et partenariats avec l'extérieur de l'établissement.

La mission s'est déroulée de manière conjointe avec le Conseil départemental de Seine-et-Marne qui a rédigé ses propres lettres de mission pour ses agents et courrier d'information de l'établissement. Le rapport et les décisions sont conjoints.

L'inspection a été réalisée le jeudi 10 avril 2025.

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

- Gouvernance :
 - Management et stratégie : Un management plébiscité par les professionnels comme étant bien traitant et à l'écoute.
- Fonctions support
 - Gestion des RH : Un plan de formation prenant en compte les besoins des usagers, et les demandes des salariés élaborées de concert avec les professionnels.
 - Une équipe de professionnel de terrain nouvellement recrutée prévenante et investie auprès des usagers.
 - La recherche de fidélisation des professionnels.
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge :
 - Un lien avec les familles favorisé par la tenue des instances de représentations mais surtout en les associant à chaque décision pour l'usager et évolution dans le parcours
 - Des repas adaptés aux usagers et pris dans la salle commune, dans des conditions convenant à chaque résident
 - Vie quotidienne et hébergement : -Des locaux agréables, bien entretenus
 - Champ de l'éducation : -Un travail d'individualisation de la prise en charge / notamment grâce au travail des psychologues dans la définition des objectifs individuels
 - Soins : -Une équipe d'IDE bien organisée et impliquée
 - L'existence d'un suivi médical, à la fois somatique et psychiatrique

La mission a également relevé des dysfonctionnements en matière de : (17 écarts et 27 remarques).

- Gouvernance :

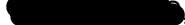
- Conformité aux conditions de l'autorisation : une occupation de chambre par des accueils d'urgence sans que cette modalité soit inscrite dans l'arrêté.
 - Management et stratégie : un projet d'établissement et un règlement de fonctionnement en cours de rédaction.
 - Animation et fonctionnement des instances : le CVS n'est pas tenu informé des évolutions en termes de qualité, de prise en charge, du bilan annuel des EI et sa régularité de réunions reste à confirmer.
 - Gestion de la qualité : l'absence d'enquêtes de satisfaction en affichage ne permet pas de définir si la qualité de la prise en charge est évaluée.
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables : la sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance n'est pas réalisée.
- Fonctions support
- Gestion des RH : La vérification de l'inscription ordinale n'est pas réalisée.
 - Gestion d'information : le registre des entrées et sorties n'est pas établi.
 - Sécurité : le dispositif permettant de gérer les fugues ou sorties à l'insu des équipes n'est pas protocolisé.
- Prises en charge
- Organisation de la prise en charge : la procédure d'admission intégrant une possibilité de fin de prise en charge après une période d'essai de 6 mois ne prévoit pas de relais ou d'orientation vers un autre dispositif.
 - Respect du droit des personnes : la procédure relative au respect du droit à l'intimité des usagers n'est pas formalisée.
 - Soins : -La formation sur l'aide à la prise des médicaments n'est pas organisée.
 - Coordination avec les autres secteurs : l'établissement n'a pas conventionné ni avec un service d'urgence ni avec un laboratoire.

Saint Denis, le 11 juillet 2025.

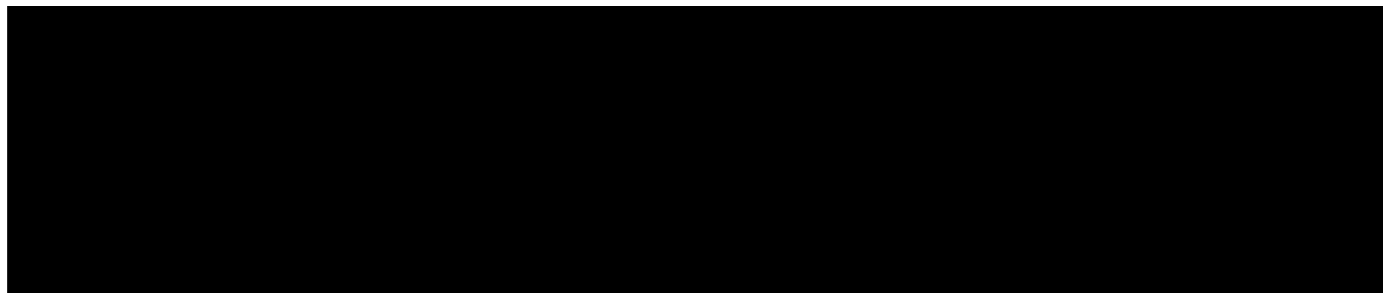

IASS, coordonnatrice de
la mission,


MÉDECIN INSPECTEUR

Médecin inspecteur



Chargée
d'accompagnement et de
suivi des ESSMS


Coordonnatrice hébergement,
domicile des ESSMS



7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

ASES : Accompagnant spécialisé éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CVS : Conseil de la vie sociale

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EI/EIG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

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

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Délégation départementale de l'ARS
de Seine et Marne

Madame [REDACTED], inspectrice de l'action
sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission,
inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF

Madame [REDACTED], médecin
inspecteur de l'ARSIDF, responsable de
programmes d'inspection et d'évaluation, inspection
régionale autonomie santé de l'ARSIDF

Madame [REDACTED] LEFEVRE, chargée d'inspection et
de contrôle, inspection régionale autonomie santé
de l'ARSIDF

Monsieur [REDACTED] CHATELAIN, pharmacien, stagiaire
ICARS, ARS IDF
Saint Denis, le 10 avril 2025

Affaire suivie par Sameya LADJADJ
Courriel : sameya.ladjadj@ars.sainte.fr

Références : 2025_IDF_00079

Objet : Lettre de mission d'inspection – EAM Les Lilas, 77120 COULOMMIERS (n° FINESS 770021392).

Mesdames,

Le programme national d'inspection et de contrôle « Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap avec hébergement / internat. » a été inscrit au programme de travail des agences régionales de santé (ARS) pour 2025. Il s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ».

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

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

L'EAM Les Lilas, situé à COULOMMIERS (N°FINESS 770021392) a été ciblé par la délégation départementale de Seine-et-Marne et inscrit dans la programmation de ces contrôles.

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances
 - Respect des droits des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
sedefrance.ars@sainte.fr

- Gouvernance
 - o Management et Stratégie ;
 - o Animation et fonctionnement des Instances ;
 - o Gestion de la qualité ;
 - o Gestion des risques, des crises et des événements Indésirables.
- La gestion des ressources humaines
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées
 - o Projet individualisé d'accompagnement ;
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND)
- Relations avec l'extérieur
 - o Environnements ;
 - o Coordination avec les autres secteurs.

La mission débutera à compter du mardi 10 avril 2025 à 09 heures et sera assurée par :

- Madame Sameya LAJADJ, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF ;
- Madame Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin inspecteur de l'ARSIDF, responsable de programmes d'inspection et d'évaluation, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF.

Elle sera accompagnée par :

- Madame Allegría LEZERE, chargée d'inspection et de contrôle, désignée personne qualifiée¹, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF.

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode Inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 9 heures et 20 heures².

Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)² s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

La mission sera réalisée conjointement avec le Conseil départemental de Seine-et-Marne dont les agents disposeront de leur propre lettre de mission.

À l'issue de la mission, un rapport conjoint 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. Nous notifierons, avec le Président du Conseil départemental, les décisions définitives au terme de la procédure contradictoire.

¹ Art. L.1421-2 du CSP

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

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

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

La Directrice générale adjointe
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France

[Redacted signature block]

[Redacted name]

Melun, le - 2 AVR. 2025

Affaire suivie par Marie-Thérèse DESNOYERS
Courriel : marie-therese.desnoyers@departement77.fr

Madame
Directrice
EAM Rés
5 rue du
77120 C

OBJET : lettre d'information d'une mission relative au contrôle de l'EAM Résidence des Lilas à Coulommiers

Madame la Directrice,

Dans le cadre des articles L133-2 et L313-13 à 20 du Code de l'Action Sociale et des Familles et du programme national d'inspection contrôle des établissements médico-sociaux (EMS) pour personnes en situation d'handicap qui s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 », j'ai décidé de diligenter un contrôle inopiné de l'EAM Les Lilas, situé 15 rue du Pré Meunier 77120 COULOMMIERS (n° FINESS géographique 770021392), en collaboration avec l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF).

Dans ce cadre, Mesdames [REDACTED] Coordinatrice hébergement - domicile des ESMS et [REDACTED] Chargée d'accompagnement et de suivi des ESMS vérifieront que votre établissement dispose des autorisations prévues à cet effet pour mener ses activités, ne présente aucune infraction aux lois et règlements, ni aucun dysfonctionnement dans sa gestion et son organisation, susceptibles d'affecter la prise en charge ou l'accompagnement des usagers ou le respect de leurs droits, et qu'il présente les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement prévues au II de l'article L312-1.

Ce contrôle sera réalisé conformément à l'article L1421-3 du Code de la Santé Publique :
« Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, 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 documents de toute nature, entre quelques 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. »

Cette mission débutera à compter du **jeudi 10 avril 2025** à 9h et comprendra un contrôle sur pièces et sur site (toute la journée) au 15 rue du Pré Meunier à COULOMMIERS.

Un rapport sera établi et envoyé, dans le cadre d'une procédure [REDACTED] connue de votre établissement.

Je vous prie de croire, Madame la Directrice, en l'expression

Monsieur Jean-François PARIGI
Président du Conseil départemental
de Seine-et-Marne

Copie à Agence Régionale de Santé

210 x 297 mm

du Département | CS 50377 | 77010 Melun cedex | 01 64 14 77 77 | seine-et-marne.fr

Annexe 2



JEUDI 10 AVRIL 2025

EAM LES LILAS

Liste non exhaustive des documents à remettre à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Documents à remettre : au plus tard le jeudi 17 avril 2025

la plateforme sécurisée de [REDACTED] (A l'attention de Sameya LADJADJ) Lien Bluefiles : [REDACTED]

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes [REDACTED]

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Mode de transmission	Observation (Transmis O/N...)
1	Liste nominative des usagers par unité d'intervention admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, et leur type orientation MDPH, l'origine des usagers et si protection juridique ainsi que l'équivalent temps de présence (si possible format EXCEL et PDF) ;	5 copies papier	Tous les documents ont été transmis
2	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EAM (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et PDF)	5 copies papier	
3	Un plan des locaux et code d'accès ou clé le cas échéant	5 copies papier 5 accès si possible	
4	Organigramme nominatif de l'EAM	5 copies papier	

5	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	5 copies papier	
6	Les codes du logiciel de soins pour un accès sur site et valable 2 mois à distance.	1	
7	Le cas échéant : l'accès au logiciel de gestion de la qualité et de déclaration des événements indésirables et des dossiers des usagers pour un accès sur site et valable 2 mois à distance	1	

Documents demandés pour une consultation sur place :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Consultation sur place	Remis	Commentaires /Questions
1	Dossiers des usagers (administratif – soins)	Consultation	Remis	Aucunes
2	Dossiers RH des salariés	Consultation		
3	Registres des délégués du personnel	Consultation		
4	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation		
5	Registre de recueil des événements indésirables (EI).	Consultation		
6	Classeurs de tous types de procédures en vigueur dans l'établissement.	Consultation		
7	Registre des réparations.	Consultation		
8	Registre de recueil des réclamations et des doléances des usagers et des familles	Consultation		
9	Supports de transmission, de suivi et de communication en interne.	Consultation		

Documents à remettre par Blue Files :

Merci de respecter la numérotation pour nommer les pièces correspondantes sur Bluefiles

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
1	Qualifications, diplômes et contrat de travail de tout le personnel.	Bluefiles		
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission de tout le personnel.	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
3	Document unique de délégation (DUD) du directeur et du chef de service	Bluefiles	Tous les documents ont été transmis	
4	Subdélégations en vigueur dans l'établissement	Bluefiles		
5	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<i>tableau Excel</i> et PDF)	Bluefiles		
6	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Bluefiles		
7	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence de la direction (note/procédure)	Bluefiles		
8	Calendrier des astreintes depuis le 01/10 2024	Bluefiles		
10	Planning et CR des CODIR réalisés depuis le 01/10/2024	Bluefiles		
11	-Procédure accueil des nouveaux arrivants professionnels (stagiaire y compris) -Livret d'accueil nouvel arrivant professionnel	Bluefiles		
12	Récapitulatif des réunions régulièrement organisées dans l'établissement indiquant l'objet, les participants, la fréquence, le jour, la durée. Les comptes rendus des réunions Les feuilles d'émargement	Bluefiles		
13	Projet d'établissement en vigueur -COPIL projet établissement -réunion d'élaboration et ou d'actualisation -retroplanning (avancement ...) -compte rendu de présentation du PE au CVS	Bluefiles		
14	Projet de soins en vigueur (organisation des soins)	Bluefiles		
15	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur : -Fiches action -tableau de bord -niveau de criticité (étude)	Bluefiles		
16	Résultat des enquêtes de satisfaction 2024			
17	Dernier rapport d'évaluation interne, externe, autoévaluation.	Bluefiles		
18	Liste nominative des personnels CDD du 01/01/2025 au 10/04/2025	Bluefiles		
19	Registre unique du personnel (<i>tableau Excel</i>)	Bluefiles		
20	Plannings des équipes de janvier 2025 à avril et organisation type des professionnels par unité ou secteur pour l'intervention éducative et l'intervention en soin.	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
	Précision de la légende des sigles et couleurs utilisés		Tous les documents ont été transmis	
21	Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Bluefiles		
23	Fiches de tâches heurées des professionnels de soins et éducatifs	Bluefiles		
24	Conventions de stage des stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Bluefiles		
25	CR du CSE du 01/10/2024 au 01/04/2025	Bluefiles		
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance				
26	Règlement de fonctionnement de l'EAM	Bluefiles	Tous les documents ont été transmis	
27	Procédure des Projets d'accompagnement individualisés (PAI) (création et réactualisation et dates de synthèses prévues)	Bluefiles		
28	Calendrier de mise à jour/réévaluation des différents PAI	Bluefiles		
29	-Procédures et modalités de déclaration des événements indésirables (EI, EIG, EIAS) au niveau de la structure et aux autorités de contrôle (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Bluefiles		
30	Procédure de gestion et suivi des événements indésirables	Bluefiles		
31	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur les années N, N-1, des EI-EIG, EIAS, mentionnant leur déclarations aux autorités de contrôle et de tarification, et le plan d'actions correctives mises en œuvre	Bluefiles		
32	CR des RETEX-CREX réalisés depuis le 01/10/2024	Bluefiles		
33	Charte de confiance-non punitive à l'attention des salariés en cas de signalement	Bluefiles		
34	Document(s) définissant la politique et le plan de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance	Bluefiles		
35	Procédure de signalement en cas d'agression ; déclaration des signalements effectués auprès des autorités	Bluefiles		
36	- Composition du CVS et date d'élection du CVS - CR des réunions des CVS 2024 et 2025 - Règlement de fonctionnement du CVS	Bluefiles		
37	Livret d'accueil des usagers	Bluefiles		
39	Plan Bleu	Bluefiles		
40	Plan de mise en sécurité (PDMS)	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge des résidents				
41	Toutes les procédures en lien avec le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Bluefiles	Tous les documents ont été transmis	
42	Procédure de traçabilité d'administration des médicaments	Bluefiles		
43	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés/Liste des médicaments écrasés	Bluefiles		
44	Procédure de délégation de la distribution des médicaments de jour et de nuit	Bluefiles		
46	Livret thérapeutique ou liste des médicaments préférentiels sur l'EAM	Bluefiles		
48	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Bluefiles		
49	CR d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	Bluefiles		
50	Procédure d'élaboration des menus (diététicien, apport calorique/repas, prestataire, ...)	Bluefiles		
51	Liste nominative des médecins traitants de chacun des usagers	Bluefiles		
52	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EAM	Bluefiles		
53	Conventions entre l'EAM et structures extérieures au titre de la continuité des soins : -Établissement de santé avec service d'urgences -CMPP -Centre évaluation de la douleur -Services de psychiatrie, pédopsychiatrie - Etc.	Bluefiles		
55	Calendrier, feuilles de présence et CR des réunions impliquant des soignants et médecins pour l'année précédente et l'année en cours			
56	Liste des mini formations (= effectuées en interne) délivrées aux équipes soignantes en 2023 et 2024 (thèmes, dates, professionnel ayant délivré la formation, feuilles de présence)			
57	Tableaux de suivi de l'année précédente et de l'année en cours des poids/IMC des usagers (par exemple en mars 2024 et mars 2025) (format Excel™ non verrouillé)			
58	Si suivi en kinésithérapie, orthophonie, psychologie, psychomotricité, etc. : liste des usagers suivis et nom de			

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
	leur rééducateur. Détail de tous les bilans effectués par les rééducateurs réalisés depuis 2024 et des observations de suivi (format Excel™)			
59	Tableau des usagers sous contention, mentionnant le type de contention et les horaires de mise en œuvre			
60	Suivi de la dernière campagne de vaccination antigrippale pour les usagers et les salariés			
61	Tous les rapports d'audits liés au soin réalisés depuis l'ouverture de l'EAM			
62	Inventaire du matériel technique lié aux soins (ECG, bladder scan, tensiomètres...) et du matériel de levage/pesage			
63	Conduite à tenir en cas de situation d'urgence, ainsi que les feuilles d'émargement de la formation			
64	Procédure/protocole concernant les chutes et la gestion de la douleur.			
IV- L'organisation et la prise en charge éducative des usagers				
65	Liste des usagers par référent éducatif et soins, et par unité	Bluefiles	Tous les documents ont été transmis	
66	Protocole d'utilisation de la salle d'apaisement	Bluefiles		
67	Réunions avec la MDPH : comptes rendus, prévisionnel réunions ...	Bluefiles		
V-Autres				
68	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité incendie.	Bluefiles	Tous les documents ont été transmis	
69	Attestation de vérification de la potabilité de l'eau.			
70	Contrats avec les prestataires extérieurs			
71	Tout document complémentaire que l'établissement juge utile de transmettre			

Rappel réglementaire :

Article L1421-3 code de la santé publique, Version en vigueur depuis le 28 décembre 2019

Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 64 (V)

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout documents 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 documents de toute nature, entre quelques 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.

Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

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.

Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à [l'article L. 5311-1](#) ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

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

- La directrice
- La responsable qualité
- La gestionnaire administratif et paie
- Le médecin psychiatre
- L'IDEC
- La psychologue
- Les usagers
- Les familles
- Autres



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr