

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

**Foyer d'accueil médicalisé (FAM) Les Roseaux
24-26 rue Charles Paradinas
92 110 Clichy
FINESS ET n°920813698**

**RAPPORT D'INSPECTION
N°2025_IDF_00080
Contrôle sur place le 05 mai 2025**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France, coordonnateur de la mission ;
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France ;
- [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique, IRAS, ARS Ile-de-France ;
- Madame [REDACTED], cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie, désignée sur le fondement de l'article L133-2 du code de l'action sociale et des familles par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine.
- Madame [REDACTED], cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie, désignée sur le fondement de l'article L133-2 du code de l'action sociale et des familles par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Accompagnée par

- Madame [REDACTED] Délégation départementale des Hauts-de-Seine, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame [REDACTED]).

**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	12
1.2. Management et Stratégie	12
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	12
- Périodes d'ouverture de l'établissement	15
Article D344-5-7 (MAS/FAM)	15
1.2.2. Le projet d'établissement (PE)	15
1.2.3. Le projet d'établissement : contenu	17
1.2.4. Le plan bleu	22
1.2.5. L'organigramme	24
1.2.6. Relations entre le gestionnaire et le directeur	26
1.2.7. Directeur : contrat et fiche de poste	26
1.2.8. Directeur : qualifications	27
1.2.9. Le remplacement de la direction	27
1.2.10. Les délégations au directeur	27
1.2.11. Les subdélégations du directeur	28
1.2.12. Les CODIR / COMEX / COPIL	28
1.2.13. Les astreintes administratives	29
1.2.14. Les astreintes techniques	29
1.2.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	29
1.2.16. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	30
1.2.17. Les conflits entre direction et salariés	30
1.2.18. Les affichages	31
1.3. Animation et fonctionnement des instances	33
1.3.1. Le CVS	33
1.3.2. Les enquêtes de satisfaction	36
1.4. Gestion de la qualité	37
1.4.1. La direction	37
1.4.2. Le responsable qualité	37
1.4.3. Les professionnels référents	37
1.4.4. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	38
1.4.5. L'auto-évaluation	38
1.4.6. L'évaluation externe	39
1.4.7. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	39
1.4.8. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	39
1.4.9. La bientraitance en pratique	40
1.4.10. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)	42
1.4.11. La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)	43
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	44
1.5.1. La direction	44
1.5.2. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	44
1.5.3. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	44
1.5.4. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	45
1.5.5. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	45
2. Fonctions support	46
2.1. Gestion des ressources humaines	46
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	46
2.1.2. Qualifications	48
2.1.3. Les postes vacants sur la structure	49
2.1.4. Les contrats de travail	50
2.1.5. Le taux d'absentéisme des professionnels	50
2.1.6. Le taux de rotation des professionnels	51
2.1.7. Les dossiers administratifs des professionnels	51
2.1.8. Les intervenants/prestataires externes	52
2.1.9. Le plan de formation des professionnels	53
2.1.10. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	54

2.1.11.	Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	54
2.1.12.	L'organisation générale du planning des professionnels	55
2.1.13.	Les plannings des professionnels	56
2.1.14.	Analyse des plannings	56
2.1.15.	Les fiches de poste des professionnels	57
2.1.16.	Les glissements de tâches	58
2.2.	Gestion d'information	58
2.2.1.	Le registre unique du personnel (RUP)	58
2.2.2.	Le registre des entrées et sorties des usagers	58
2.2.3.	Le support et le contenu des dossiers des usagers	59
2.2.4.	La complétude des dossiers médicaux	59
2.2.5.	Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers	65
2.2.6.	Le dossier de soins	66
2.2.7.	Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux	67
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	67
2.3.1.	L'état général du bâtiment	67
2.3.2.	Le suivi des réparations	68
2.3.3.	L'accessibilité PMR des locaux	68
2.4.	Locaux et équipements	69
2.4.1.	Les chambres	69
2.4.2.	La circulation dans les locaux	69
2.4.3.	La salle d'apaisement	70
2.5.	Sécurités	70
2.5.1.	Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	70
2.5.2.	Les vaccinations des usagers	71
	Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle	71
	Inscription des vaccins administrés dans le carnet de santé	71
	Recueil de l'accord des responsables légaux tracé	71
2.5.3.	L'aide à la prévention des chutes	71
2.5.4.	La prévention des fugues	71
2.5.5.	PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public	71
3.	Prises en charge	72
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	72
3.1.1.	L'admission	72
3.1.2.	Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »	74
3.1.3.	Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour	74
3.1.4.	Le livret d'accueil	75
3.1.5.	Les médecins traitants	76
3.1.6.	Les transmissions inter équipes	77
3.1.7.	Relations avec la MDPH	79
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	80
3.2.1.	Les outils d'évaluation	80
3.2.2.	Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :	81
3.3.	Respect des droits des personnes	82
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	82
3.3.2.	La personne de confiance des usagers	82
3.3.3.	L'identification des usagers (identitovigilance)	83
3.4.	Vie sociale et relationnelle	83
3.4.1.	Relations avec les familles	83
3.4.2.	Organisation de sortie extérieure	84
3.4.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	84
3.5.	Vie quotidienne	85
3.5.1.	Les activités	85
3.6.	L'hébergement, internat	86
3.6.1.	Le suivi de l'hygiène corporelle	86
3.6.2.	Les changes	86
3.7.	L'alimentation	86
3.7.1.	La conception des repas	86
3.7.2.	Les salles de restauration	88
3.7.3.	Les régimes, textures	89
3.7.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	90
3.7.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	90

3.8. La dispensation des soins	93
3.8.1. L'organisation des soins	93
1.1.1.1. L'organisation des soins définie par le PE	93
1.1.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante	95
1.1.1.3. Cadre IDE	96
3.8.2. Plannings et continuité des soins	96
3.8.3. Missions médicales	99
3.8.4. Psychologue	101
3.8.5. L'infirmier	101
3.8.6. La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	106
3.8.7. Gestion des urgences médicales	107
3.8.8. Les prises en charge	109
1.1.1.4. Les prescriptions médicales	109
1.1.1.5. Les prescriptions de rééducation	110
1.1.1.6. Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...)	110
3.8.9. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	110
3.8.10. Les procédures et protocoles	110
1.1.1.7. Le traitement de la crise épileptique	111
1.1.1.8. La prévention des escarres	112
1.1.1.9. Le traitement de la douleur	113
1.1.1.10. Les soins palliatifs	114
1.1.1.11. Les contentions	114
3.8.11. Les accompagnements	115
3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	116
3.9.1. Le circuit du médicament	116
3.9.2. Prescription	116
3.9.3. Commandes	117
3.9.4. Dispensation	118
3.9.5. Stockage	119
3.9.6. Distribution et administration	119
4. Relations avec l'extérieur	122
4.1. Environnement	122
4.1.1. Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)	122
4.1.2. L'insertion de la structure dans le territoire	122
4.2. Coordination avec les acteurs de soins	122
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	125
5.1. Écarts	125
5.2. Remarques	127
6. Conclusion	131
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	134
8. Annexes	136
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	136
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	139
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	145

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 « Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap avec hébergement / internat. » Il s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ».

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) « Les Roseaux » situé à Clichy (N°FINESS géographique 920813698), géré par l'APEI Boucle de la Seine, autorisé pour l'accueil et l'accompagnement spécialisé de personnes adultes polyhandicapées et disposant de 32 places d'hébergement complet en internat a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

Le périmètre des investigations a porté sur les thématiques suivantes :

- Prévention et luttes contre les maltraitances
- La 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 ;
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents ;

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

La mission d'inspection a permis de relever l'engagement des équipes dans l'accompagnement des personnes polyhandicapées, dans un environnement apaisé. Plusieurs points positifs ont été identifiés : structuration des fonctions support, politique de formation active, animation régulière des équipes, et respect global des droits des usagers. La prise en charge médicale est assurée par des professionnels salariés et des intervenants extérieurs. Une attention est portée à la structuration d'une politique qualité et au suivi des événements indésirables et à leur déclaration externe.

Toutefois, des dysfonctionnements notables ont été constatés : gouvernance insuffisamment structurée, plusieurs postes durablement vacants sur les fonctions soins et socio-éducatives, glissements de tâches, vétusté partielle des locaux. Des lacunes affectent la traçabilité des soins, le suivi nutritionnel, la formalisation des projets personnalisés et des protocoles médicaux. Le respect des droits fondamentaux des usagers est compromis par des insuffisances dans l'information, la confidentialité et la formalisation des modalités de participation.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Le foyer d'accueil médicalisé (FAM) « Les Roseaux » situé à Clichy (N°FINESS géographique 920813698), est géré par l'APEI Boucle de la Seine et autorisé pour l'accueil et l'accompagnement spécialisé de personnes adultes polyhandicapées. Il dispose de 32 places en internat.

Dans le cadre de l'ONIC PH 2025-2027, cette mission d'inspection est inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle 2025 sur la demande de la Délégation départementale des Hauts-de-Seine en raison de :

- La difficulté de recrutement des infirmiers (IDE) et du peu de temps médical de coordination. Pour exemple, l'établissement bénéficie depuis 2022 de financements complémentaires pour renforcer l'équipe de nuit avec un poste d'IDE mais ne parvient pas à le pourvoir de façon durable. L'établissement fonctionne essentiellement avec du personnel en contrat à durée déterminée (CDD) et pallie les absences de soignants de nuit, week-ends et jours fériés par le dispositif [REDACTED] qui propose une télésurveillance des personnes âgées à domicile et en EHPAD. Ce dispositif est testé pour des résidents vieillissants (5 résidents de plus de 70 ans). Un poste d'IDE et un d'aide-soignant sont actuellement publiés sur le site [REDACTED] depuis le 24/03/2025. Il en est de même pour un poste de coordinateur d'unité de vie.
- Certains événements indésirables graves (EIG) déclarés par l'établissement sont relatifs à des actes de maltraitance. L'établissement a procédé à la déclaration à l'ARS de 27 signaux depuis le 01/01/2023 dont 24 depuis le 01/01/2024. Deux signaux concernent la prise en charge médicamenteuse, trois des situations de maltraitance et cinq relèvent d'actes de violence. De nombreux signalements sont liés à des défaillances techniques (problème d'ascenseur).

Modalités de mise en œuvre

Sur le fondement de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, l'inspection a été réalisée conjointement par l'ARS d'Ile-de-France et le conseil départemental des Hauts de Seine.

L'équipe d'inspection² est composée de :

- Pour l'ARS Ile-de-France :
 - Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS Ile-de-France, coordonnateur de la mission
 - [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS ;
 - Madame [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique, IRAS ;

Accompagnée de :

- Madame [REDACTED], chargée de missions, département Autonomie à la délégation départementale des Hauts-de-Seine, désignée personne qualifiée¹.
- Madame [REDACTED] département de l'offre personnes handicapées, direction de l'Autonomie, [REDACTED]
- Pour le Conseil départemental :
 - Madame [REDACTED], Pôle Solidarités, Direction de l'Autonomie, désignée par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine au titre de l'article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

¹ [REDACTED]

² Cf. la lettre de mission en annexe 1.

³ en absence justifiée auprès de l'Agence au moment de finaliser le rapport, n'a pu apposer sa signature bien qu'elle ait participé intégralement à la mission d'inspection sur place

- Madame [REDACTED], Pôle Solidarités, Direction de l'autonomie, désignée par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine au titre de l'article L.133-2 du CASF.

Le contrôle a été réalisé sur site le 05 mai 2025 de manière inopinée⁴. 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 :

- Prévention et lutte contre les maltraitances
- La 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 ;
- La qualité et la sécurité des prises en charge dont le circuit du médicament (PECM) des résidents ;

Présentation de l'établissement inspecté :

L'établissement dont la raison sociale est FAM Les Roseaux



Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	APEI Boucle de la Seine
Adresse de l'organisme :	1 boulevard Charles De Gaulle
Code postal et Ville :	92 700 COLOMBES
Nombre d'ESSMS gérés	29 établissements et services médicaux sociaux dans le département des Hauts-de-Seine

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	24-26 rue Charles PARADINAS
Code postal et Ville :	92110 CLICHY

⁴ Sans annonce préalable à l'établissement

Coordonnées de la structure :	
Courriel :	fam-roseaux@apei-bs.asso.fr
Téléphone fixe :	01 47 37 96 56

Type de structure			
Type d'établissement / service :	Foyer d'accueil médicalisé		
Date d'ouverture :	9 novembre 1992		
Numéro FINESS :	Géographique :	920813698	Juridique : 920800281
Statut juridique de l'entité juridique	Association loi 1901		
Option tarifaire :	ARS PCD Dotation forfait ou prix de journée globalisée		
Date du CPOM (mm/aaaa) :	CPOM 2025-2029 en cours de signature		
Présence d'une PUI ⁵ :	Non		

L'établissement pour adultes en situation de polyhandicap, « FAM les Roseaux » situé n°24-26 rue Charles Paradinas à Clichy (92110), est géré par l'APEI Boucle de la Seine. Il comporte 32 places en internat.

L'association gestionnaire gère 29 établissements et services médicaux sociaux dans le département des Hauts-de-Seine afin de proposer un accompagnement des personnes en situation de handicap en matière d'hébergement, de mise au travail, de loisirs, d'éducation et de prise en charge médicalisée. Selon le site internet de l'association gestionnaire, les établissements et services se répartissent entre les pôles éducation, travail et hébergement et habitat inclusif. L'association gère 2 foyers d'accueil médicalisé : les Roseaux à Clichy et Villebois-Mareuil à Gennevilliers.

Elle a signé un premier CPOM avec l'ARS sur la période 2018-2022, prorogé pour deux ans. Les négociations n'ayant pas abouti pour le renouvellement du CPOM à compter du 1^{er} janvier 2025, un nouvel avenant est en cours de rédaction pour l'année 2025, dans l'attente de signature du CPOM 2026-2030.

L'un des objectifs du CPOM est l'acquisition d'un site permettant de regrouper les 2 FAM de l'association.

Les locaux organisés verticalement au sein du FAM de Clichy (rdc et 4 étages desservis par 2 ascenseurs) sont peu appropriés à la prise en charge des résidents (liaison entre lieux de vie et lieux d'activité, complexification de l'organisation du travail des professionnels) et n'offrent pas de jardin de plain-pied. Un espace extérieur se situe sur le toit de l'immeuble.

La structure expérimente le dispositif [REDACTED] qui propose une télésurveillance des personnes âgées à domicile et en EHPAD. Ce dispositif est testé pour des résidents vieillissants (5 résidents de plus de 70 ans) et permet de pallier les absences soignantes de nuit, week-ends et jours fériés.

Constats

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

⁵ PUI : Pharmacie à usage intérieur

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>Le régime juridique de la structure</u>		
	Le statut juridique de la structure est-il conforme ? <u>L312-1 (2°) CASF</u> (est un ESMS)	Oui	Le FAM Les Roseaux est un ESMS au sens de l'article L.312-1 (7°) du CASF ⁶ .
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>L'autorisation</u>		
	L'autorisation est-elle en cours de validité ?	Oui	L'autorisation de création du FAM Les Roseaux a été délivrée par l'arrêté conjoint n°90-3191 du 12 juin 1990 autorisant l'association de placement et d'aide pour les jeunes handicapés (A.P.A.J.H) - Comité de Clichy à créer un foyer de vie médicalisé à double tarification depuis dénommé foyer d'accueil médicalisé (FAM). Cette autorisation a été précisée par l'arrêté conjoint n°927918 du 23 novembre 1992, s'agissant notamment du profil des personnes accueillies : "adultes handicapés [...] présentant un handicap physique ou mental ou des handicaps associés, inaptes au travail même en milieu protégé, nécessitant l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, une surveillance et des soins permanents". La gestion de cette autorisation a été transférée à l'association "Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (A.P.E.I) de la Boucle de la Seine par arrêté conjoint n° 2004-151 du 3 août 2004.

⁶ Article L.312-1 (7°) du CASF : I.-Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après [...] 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	L'autorisation de la structure est-elle respectée?	Oui	Dans cet arrêté, le profil des personnes accueillies est précisé en polyhandicap (code clientèle Finess 500). L'autorisation du FAM Les Roseaux a été renouvelée tacitement par courrier du 13 décembre 2016 sur la base du rapport de l'évaluation externe réalisée en septembre 2013. Ce renouvellement est intervenu le 3 janvier 2017. Selon l'article L.313-1 du CASF⁷, cette autorisation est en cours de validité. La capacité totale autorisée est de 32 places d'internat pour des personnes en situation de polyhandicap. Le jour de l'inspection, selon la liste remise à la mission, ■ places sont occupées, soit un taux d'occupation de ■ %. Il a été indiqué à la mission, lors des entretiens, que ■ l'était depuis décembre 2024, soit 5 mois.
	1.1.3. La population accueillie La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ? <u>Article D344-5-1 & Article D344-5-2 (MAS/FAM)</u>	Oui	La population accueillie est conforme à l'arrêté conjoint n° 2004-151 du 3 août 2004, suivant l'article D. 312-0-3 (I.-5°) du CASF⁸. Les personnes accueillies présentent une "situation complexe de handicap" telle que définie aux articles D. 344-5-1 et D. 344-5-2 du CASF⁹. L'analyse de dix dossiers médicaux permet de conforter le profil du public accueilli : sur les 10 résidents dont le

⁷ Article L.313-1 du CASF : I.-Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est notamment subordonné aux résultats des évaluations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 312-8, dans des conditions définies par décret.

⁸ Article D312-0-3 (I.-5°) du CASF : I.-L'autorisation des établissements et services mentionnés respectivement aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 est délivrée, soit au titre de l'accompagnement de l'ensemble des publics concernés par celle de ces dispositions dont ils relèvent, soit au titre d'une spécialisation dans l'accompagnement d'un ou plusieurs des publics suivants : [...] 5° Personnes polyhandicapées, présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique ;

⁹ Articles D344-5-1 et D344-5-2 du CASF : Les dispositions de la présente section sont applicables [...] aux foyers d'accueil médicalisé [...] mentionnés au 7° de l'article L. 312-1, lorsqu'ils accueillent ou accompagnent des personnes handicapées adultes mentionnées à l'article L. 344-1-1. Ces personnes présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu. Ces besoins sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées, dans les conditions fixées à l'article R. 146-28.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			dossier médical a été analysé : 8 présentent un polyhandicap, et les 10 ont dans leurs antécédents médicaux personnels un déficit intellectuel.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. <u>Le CPOM</u>		
	Un CPOM est-il en cours de validité ?	Oui	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'association "Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (A.P.E.I) de la Boucle de la Seine a été signé le 30 novembre 2017 et intègre le FAM Les Roseaux dans son périmètre. Conclu pour les exercices ouverts du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022, ce contrat a fait l'objet de deux avenants qui en prorogent la durée d'abord au 31 décembre 2023, puis au 31 décembre 2024. Les négociations n'ayant pas abouti pour le renouvellement du CPOM à compter du 1^{er} janvier 2025, un nouvel avenant est en cours de rédaction pour l'année 2025, dans l'attente de signature du CPOM 2026-2030.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u>		
	Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?	Oui	Le règlement de fonctionnement a été transmis à la mission d'inspection.
	Date-t-il de moins de 5 ans ?	Oui	Il est indiqué sur la première page qu'il a été validé en Conseil d'Administration le 20 mars 2023.
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?	Non	Aucun des PV des réunions du Conseil de la Vie Sociale (CVS) transmis à la mission (3 pour 2023, 3 pour 2024 et 1 pour 2025) ne mentionne la présentation du règlement de fonctionnement au CVS. Aucune autre forme de participation concernant la consultation des personnes accueillies et de leurs représentants au sujet du règlement de fonctionnement n'est mentionnée dans le document transmis à la mission.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Est-il remis aux usagers et professionnels ?	Partiellement	Écart 1 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été soumis à la consultation du conseil de la vie sociale du FAM Les Roseaux, ni à une autre forme de participation. Cela contrevient à l'article L311-7 du CASF¹⁰. Dans le contrat de séjour-type transmis à la mission, il est écrit à l'article 4 : "A l'admission, il est remis à la Personne Accueillie un livret d'accueil ainsi que le règlement de fonctionnement de l'établissement précisant ses droits et obligations". Il a été remis à la mission un règlement de fonctionnement daté et signé par la tutrice de l'un des résidents. S'agissant de l'information des professionnels, la mission observe que le règlement de fonctionnement n'est mentionné ni dans le livret d'accueil des nouveaux salariés ("nouveaux entrants") ni dans les kits d'intégration des nouveaux salariés, ce qui ne garantit pas qu'il soit remis à chacun des professionnels qui exerce au sein de l'établissement. Lors des entretiens menés par la mission, les salariés ont pu dire qu'ils savaient où trouver les documents de la loi 2002-2, soit dans le bureau de la secrétaire et le bureau de l'IDE.
	Est-il affiché dans l'établissement ?	Oui	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement n'est mentionné ni dans le livret d'accueil des nouveaux salariés ("nouveaux entrants"), ni dans les kits d'intégration des nouveaux salariés, ce qui ne permet pas de garantir qu'il soit remis à chacun des professionnels intervenant au sein du FAM, conformément à l'article R 311-34 du CASF¹¹. Il est néanmoins affiché dans les locaux, et les professionnels savent où consulter les documents de la loi 2002-2. Lors de la visite des locaux, il a été constaté que le règlement de fonctionnement est mis en accès libre dans un présentoir à l'accueil de l'établissement.
	Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF :		

¹⁰ [...] Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation. [...]

¹¹ Article R 311-34 du CASF : [...] le règlement de fonctionnement est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service et remis à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ;	Oui	Les modalités d'association des familles des personnes hébergées sont décrites au chapitre "2.5 Participation de la personne à la vie associative et de l'établissement" du règlement de fonctionnement : - 2.5.1. Conseil de la Vie Sociale ; - 2.5.2. : Enquête de satisfaction ; - 2.5.3. : Participation à des commissions et groupes de travail thématiques.
	- L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;	Oui	L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation sont décrites dans les parties suivantes : - 2.6.1. : Le logement ; - 2.7.1. : Conditions d'accès aux locaux ; - 3.3.4. Accès aux locaux.
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens sont décrites dans les parties suivantes : - 2.7.2. Conditions de sécurité des bâtiments et installations ; - 2.7.3. Mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens.
	- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	Oui	Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles sont décrites dans les parties suivantes : - 2.7.4. Mesures en cas d'urgence médicale, d'accident ou de fugue ; - 2.7.5. Sécurité dans un contexte de risque (sanitaire, terroriste, climatologique...). Il est indiqué qu'une fiche de sécurité détaillant "les actions visant à protéger contre les violences qui peuvent se produire au quotidien dans leurs diverses formes, y compris contre les menaces terroristes multiformes" est jointe en annexe du règlement de fonctionnement. Ce document n'a pas été transmis à la mission. - 2.7.6. Risque de maladie contagieuse.
	- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées.	Oui	Les modalités de rétablissement des prestations dispensées sont indiquées dans la partie 2.4.4. Droit à la renonciation et à la réorientation, droit au retour.
	- Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur	Oui	Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur sont décrites dans les parties suivantes : - 3.3.10 Transferts, déplacements ; - 3.3.11 Délivrance des prestations à l'extérieur.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;	Oui	Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes sont détaillées dans le chapitre 3, en particulier dans les parties suivantes : - 3.1 Règles générales de conduite ; - 3.2. Engagement à respecter le contrat de séjour ; - 3.4. Les dispositions financières ; - 3.6. Mesures en cas de non-respect du règlement de fonctionnement.
	- Les conséquences de violence sur autrui ;	Oui	Dans la partie 3.1., il est bien écrit que "les agressions physiques et verbales sont interdites et que tout fait de violence sur autrui est susceptible d'entraîner des procédures administratives et judiciaires".
	- Les prescriptions d'hygiène de vie ;	Oui	Les prescriptions d'hygiène de vie sont indiquées dans la partie 3.3.9. Alcool, tabac, stupéfiants, objets dangereux ou illicites.
	- Périodes d'ouverture de l'établissement <u>Article D344-5-7 (MAS/FAM)</u>	Oui	Le règlement de fonctionnement rappelle en introduction de la partie 3.3. Les conditions de séjour, que "l'établissement est ouvert toute l'année en continu". Les règles encadrant les visites, les sorties et les absences sont détaillées dans les parties 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3.
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. Le projet d'établissement (PE) Le projet d'établissement existe-t-il ?	Partiellement	Il ressort des entretiens que le projet d'établissement n'est pas encore finalisé et qu'il doit passer en conseil d'administration. Deux documents intitulés "projet d'établissement" ont été transmis à la mission, sous deux formats différents : un sous format [REDACTED] et l'autre sous format [REDACTED]. Les deux documents ne sont pas finalisés. Ainsi, l'EAM n'a pas de projet d'établissement validé et en cours de validité. Cependant, l'établissement a transmis à la mission 2 versions provisoires du projet 2022-2026. Afin d'accompagner l'établissement dans la finalisation de ce document, ces 2 versions ont été lues et analysées par la mission. Le document [REDACTED] intitulé "Projet d'établissement LES ROSEAUX 2022-2026" dont la dernière modification a été enregistrée le 03/04/2023, mérite d'être complété sur les points suivants : - p.1, la mention de la date de validation par le conseil d'administration est prévue ("Projet d'établissement validé par le Conseil d'Administration en date du") mais cette date n'est pas renseignée ; - p.1, la place pour un sommaire est prévue ("0. Sommaire") mais il n'est pas inséré ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			- Plusieurs parties sont vides, comme par exemple : • p.2, L'essor d'une association familiale ; • p.7, C. Répartition homme/femme ; • p.16, 2.3.1 accompagnement pour exercer ses droits ; • p.16, 2.3.3 accompagnement pour exercer des rôles sociaux ; • p.17, 2.4 et 2.4.1 prestation de coordination renforcé ; • p.17, Promouvoir les droits et liberté de la personne accompagnée. - Des annexes sont mentionnées dans le corps du document mais aucune d'entre elles n'est intégrée au document transmis : • p.5, "En annexe le tableau d'amélioration continue de la qualité réactualisé 2023" • p.13 " Vous trouverez en annexe un tableau représentant ce qui est réalisé en interne et ce qui est réalisé en externe avec une coordination interne". • p.17, "Voir l'organigramme en annexe". • p.19, "Les fiches actions se trouvent en annexe du projet". - Des mentions en rouge apparaissent tout au long du document et semblent être des commentaires : • p.9 "(???)"; • p.15 "... à revoir avec L. et S. ; je crois qu'elles abordent cette problématique un peu différemment". S'agissant du document [REDACTED] intitulé "Projet d'établissement EAM Les Roseaux" transmis à la mission d'inspection, dont la dernière modification a été enregistrée le 21/03/2024, il présente également les caractéristiques d'un document de travail, non finalisé : - Diapo 1, la mention du siret est prévue mais l'information n'est que partiellement complétée ("Siret : 775") ; - Diapo 3, la mention de la date de validation par la direction générale de l'association et par le conseil d'administration est prévue, mais ces dates ne sont pas renseignées (" [Le projet d'établissement] Il a reçu l'avis favorable [...] par la Direction Générale de l'Association en ---- et il a été validé par le Conseil d'Administration en -----."). - Le sommaire n'est pas cohérent avec le corps du document : par exemples, la pagination est décalée à partir de la diapo 15 ; il y a deux diapos notées comme page 53. - Des commentaires apparaissent sur plusieurs diapos : 3, 14, 24, 25 et 26.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le projet d'établissement est-il en cours de validité ?	Non	Écart 2 : L'absence de projet d'établissement finalisé et en cours de validité contrevient aux dispositions de l'article L 311-8 du CASF. Le document [REDACTED] transmis à la mission affiche concerner la période 2022-2026, mais comme vu plus haut, le document n'est pas finalisé et s'apparente à un document provisoire de travail.
	Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ?	Non	Aucun projet d'établissement n'a pas été transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation, ce qui confirme l'absence de projet d'établissement finalisé en cours de validité.
	Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ?	Oui	Dans les documents [REDACTED] et [REDACTED] transmis à la mission, un bilan du projet d'établissement 2018-2022 est présenté (p. 3 à 5 et diapos 14-15), ainsi que la démarche de conception du projet 2022-2026 (p. 1-2 et diapo 4).
	Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ?	Oui	Le procès-verbal du CVS du 15/02/2024 indique que le projet d'établissement a été présenté et a obtenu un "accord à l'unanimité". Dans le document [REDACTED] transmis à la mission, il est indiqué en diapo 3 que le projet d'établissement "a reçu l'avis favorable du conseil de la vie sociale en 2024".
	Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ?	Non	Aucun projet d'établissement n'est affiché dans l'établissement.
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. <u>Le projet d'établissement : contenu</u> Les points suivants figurent-ils dans le projet d'établissement ? 1° Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ;	Partiellement	Le document [REDACTED] aborde le bilan du précédent projet d'établissement 2018-2022, le public accueilli, les prestations proposées, les ressources humaines, les caractéristiques architecturales et environnementales du bâtiment ainsi que des axes stratégiques, des objectifs et des fiches actions. Le document [REDACTED]^M présente des points similaires mais est incomplet s'agissant des prestations proposées, des ressources humaines, des caractéristiques architecturales et environnementales du bâtiment ; il ne présente ni axes stratégiques, ni objectifs et ne contient aucune fiche action. Aucun des deux documents n'aborde le contexte territorial ni le financement de l'établissement. Point de vigilance : Aucun des deux documents transmis et intitulés "projet d'établissement" n'aborde le contexte territorial ou le financement de l'établissement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2° Détaille les caractéristiques générales des accompagnements et prestations mis en œuvre par l'établissement ou le service qui constituent le cadre de référence des actions de soutien médico-social et éducatif prévues par le contrat de séjour visé à l'article D. 344-5-4 ;	Oui	Dans les deux documents transmis à la mission, il est bien tenu compte de la situation spécifique des personnes, de leur projet de vie et de leur famille : - La typologie des personnes accueillies selon différents critères, notamment leurs déficiences principale et associées, est précisée dans la partie 6 du [REDACTED] et les diapos 24 à 26 du [REDACTED]. - Le recensement de leurs besoins est précisé dans la partie 7 du document [REDACTED] et les diapos 31 à 36 du document [REDACTED]. - L'utilisation des grilles SERAFIN d'évaluation individuelle de capacité est spécifiée dans la partie 8 du document [REDACTED]TM et la diapo 37 du document [REDACTED]. Les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge sont détaillés : - dans le chapitre "Prestations proposées détaillées", partie 9 du document [REDACTED] et diapos 39 à 46 du document [REDACTED] ; - Dans le chapitre consacré à l'organisation de l'établissement pour mettre en place ces prestations et répondre aux besoins, partie 10 du document [REDACTED] et diapos 57 à 60 du document [REDACTED]. La participation de la personne à l'élaboration et la mise à jour de son projet personnalisé est prévue dans le document [REDACTED] (diapo 27) mais n'est pas évoquée dans le document [REDACTED].
	3° Précise les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée chargé notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ;	Oui	Les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée sont précisées dans le document [REDACTED] (diapo 28) mais ne sont pas mentionnées dans le document [REDACTED].
	4° Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ;	Oui	La composition de l'équipe pluridisciplinaire et ses modalités de fonctionnement sont détaillées dans le document [REDACTED] (diapos 62 et 63). Dans le [REDACTED] partie dans laquelle ces informations devraient apparaître est vide (p.17, 7.1 La structure humaine et organisationnelle). Il est mentionné un "organigramme en annexe" mais le document ne contient pas d'annexe.
	5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ;	Non	La coordination des soins est présentée dans les documents transmis à la mission (diapo 54 du document [REDACTED] et p.12-13 du document [REDACTED]). Il n'est pas fait mention d'un médecin pour organiser la coordination des soins : - p.13 du document [REDACTED], il est indiqué qu'"A ce jour, l'établissement ne disposant pas de poste de médecin coordinateur, la coordination des parcours de soins est réalisée par le Cadre de Santé et les [REDACTED] infirmiers. Il est indispensable du fait de la complexification des suivi

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;	Oui	préventifs et curatifs que l'établissement puisse disposer d'un temps de médecin coordinateur, pour assurer l'organisation et la liaison entre les différents établissements et services". - Diapo 53 du document [REDACTED], il est indiqué que "Le médecin psychiatre salarié à [REDACTED] travaille en lien avec la psychologue clinicienne à [REDACTED] et la cadre de santé pour le suivi". Dans les deux documents transmis à la mission, il est indiqué que deux référents qualité ont été formés dans l'établissement et qu'un COPIL Qualité a été mis en place depuis 2023 qui "a vocation à se réunir une fois par trimestre voire plus si besoin en fonction de problématiques et de l'évolution de l'établissement" (diapo 57 + p.18). Il est précisé dans le document [REDACTED] (diapo 66) que : - Le COPIL Qualité participe aussi au suivi et à l'analyse de chaque EI. - Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement va mettre en place tous les ans, des enquêtes de satisfaction auprès des personnes accompagnées et des familles et/ou tutelles. - Une commission qualité associative a été mise en place en 2021, elle propose les orientations de la politique qualité associative et détermine les objectifs généraux et les priorités de la démarche qualité. Il est précisé dans le [REDACTED] (p.19) que les fiches-action du projet d'établissement feront l'objet d'une évaluation qui rentrera dans le plan d'amélioration de la qualité.
	7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ;	Oui	Le document [REDACTED] présente une liste de partenariats (6.2 L'ouverture de l'établissement sur son environnement géographique, socioculturel et économique) sans toujours préciser s'ils sont formalisés et de quelle manière. Le document [REDACTED] indique seulement qu'il y a "beaucoup de partenariats avec ou sans convention" (p.17).
	8° Prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est réorientée ;	Non	Aucun des deux documents "projet d'établissement" transmis n'aborde la question de la sortie ou de la réorientation. Point de vigilance : Aucun des deux documents "projet d'établissement" transmis ne prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	9° Prévoit les modalités d'élaboration d'accès et de transmission des documents mentionnés à l'article D. 344-5-8. Le projet d'établissement contient-il : - Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement ;	Non Partiellement	réorientée. Ces dispositions doivent être prévues, conformément au 8° de l'article D344-5-5 du CASF¹². Aucun des deux documents "projet d'établissement" transmis ne mentionne les situations où la personne accueillie consulte un professionnel de santé, est admise temporairement dans un établissement de santé, est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées. Point de vigilance : Les modalités d'élaboration, d'accès et de transmission d'informations dans le cas où la personne accueillie consulte un professionnel de santé, est admise temporairement dans un établissement de santé, est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées ne sont indiquées dans aucun des deux documents "projet d'établissement" transmis. Ces dispositions doivent être prévues, conformément aux articles D 344-5-5 9° et D344-5-8 du CASF¹³. Dans le document [REDACTED] sont présentés les conventions et les partenariats de l'établissement avec des médecins libéraux, un cabinet infirmier, le centre de santé de la Ville, les hôpitaux du territoire et la plateforme de télémedecine [REDACTED] (diapo 53). Dans le document [REDACTED] (p.12-13), il est indiqué que "Les soins se font pour la plupart à l'extérieur, ou à l'intérieur par des spécialistes". La partie "2.4 et 2.4.1 prestation de coordination renforcé - Spécifiquement pour les parcours complexes liés aux soins" p.17 n'est pas renseignée. Dans les deux documents est évoqué "en annexe un tableau représentant ce qui est réalisé en interne et ce qui est réalisé en externe avec une coordination interne" concernant les soins. Cette annexe est absente de ces documents.

¹² Article D344-5-5, CASF : Afin de garantir la qualité de l'accueil ou de l'accompagnement des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, le projet d'établissement ou de service prévu à l'article L. 311-8 :

8° Prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est réorientée ;

¹³ Article D344-5-8, CASF : Lorsque la personne accueillie ou accompagnée consulte un professionnel de santé ou est admise temporairement dans un établissement de santé ou est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées organisées dans les conditions prévues aux articles R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme, les établissements et services mentionnés à l'article D. 344-5-1 transmettent à l'établissement, au service ou au centre un dossier contenant :

1° Une fiche exposant de façon simple les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par la personne ;

2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne ;

3° Une fiche de liaison paramédicale indiquant les soins quotidiens et les éventuelles aides techniques dont la personne a besoin ;

4° Une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propres à la personne.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ;	Partiellement	Dans aucun des documents, les modalités de coordination et de coopération avec les bénévoles ne sont indiquées alors même que le bénévolat est présent dans l'établissement. Point de vigilance : dans les deux documents "projet d'établissement" transmis, les modalités de coordination avec des intervenants extérieurs à l'établissement concernant les soins ne sont pas détaillées. Les modalités de coordination et de coopération avec les bénévoles doivent être indiquées. Dans le document [REDACTED] : - Diapo 29, il est indiqué : "Dans une logique globale de l'accompagnement bientraitant et prévention de la maltraitance, l'établissement formera 100% de son personnel sur l'année 2024 ainsi que 4 référents-manager pour arriver à obtenir la certification [REDACTED] « établissement bientraitant »". - Diapo 15, il est indiqué qu'"Il est prévu en 2026 de travailler une année entière, pour tout le personnel sur la CAA (Communication Alternative Augmenté)". - Le point 6.6 indique le suivi des professionnels non cadres en analyse des pratiques et qu'"une communication régulière sur les droits des résidents est effectuée par l'équipe". Le mot "maltraitance" est absent du document [REDACTED]. Dans aucun des deux documents "projet d'établissement", les modalités de communication auprès des personnes accueillies concernant la prévention et la lutte contre la maltraitance ne sont précisées. Les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement ne sont pas précisés. L'autorité extérieure mentionnée à l'article L. 311-8 et les modalités dans lesquelles les personnes accueillies peuvent faire appel à elle en cas de difficulté ne sont pas précisées. Une procédure de déclaration des événements indésirables, précisant la chaîne d'analyse et de traitement de chaque événement, a été transmise par ailleurs à la mission. Mais son existence n'est pas indiquée dans ces documents. Point de vigilance : Dans aucun des deux documents "projet d'établissement" transmis ne sont précisées les modalités de communication auprès des personnes accueillies concernant la prévention et la lutte contre la maltraitance, les moyens de repérage des risques de maltraitance ainsi que les modalités de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement. L'existence d'une procédure de déclaration des événements indésirables n'y est pas indiquée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ;	Oui	Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement sont présentées dans les deux documents "projet d'établissement" transmis.
	- Les critères d'évaluation et de qualité voire les mesures du CPOM ?	Non	Les orientations en matière de formation sont précisées dans le document [REDACTED] Dans les deux documents "projet d'établissement" transmis, la démarche d'amélioration de la qualité fait l'objet d'une partie (7.4-diapo 66 dans le document [REDACTED] et p.18 dans le document [REDACTED]. Les critères d'évaluation et de qualité n'y sont pas précisés.
	- Le PE comporte-t-il un volet dédié à l'hébergement temporaire ? Réf. : D. 312-8 et D. 312-10 du CASF	non investigué	Point de vigilance : Les critères d'évaluation et de qualité ne sont pas précisés dans les documents "projet d'établissement" transmis. Ces dispositions sont prévues au 4° de l'article D311-38-3 du CASF ¹⁴ . NON CONCERNE
	- Un volet dédié aux soins est-il élaboré dans le projet d'établissement ? Si oui, définit-il les axes prioritaires en matière de coordination des soins dans la structure ? Réf. : Art. L. 311-8 et D. 344-5-5, (5°) , CASF		Dans le [REDACTED], les prestations de soins et de rééducation et réadaptation sont présentées (diapos 39 à 41) ; l'accès aux soins fait l'objet d'une partie (6.5 - Diapo 53). "Garantir un accès aux soins" est l'Axe stratégique n°1 développé dans les diapos 69, 70, 71. Dans le document [REDACTED], le soin est abordé pages 12 à 14.
	- Le projet de soins comporte-t-il un projet médical/de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes ? Réf. : HAS « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes »-mars 2015		Bien que les deux documents "projet d'établissement" transmis soulignent le vieillissement des résidents accueillis et que l'Axe stratégique n°2 présenté dans le [REDACTED] concerne "L'évolution de la population - Les PHV", aucun projet de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes n'est mentionné. Point de vigilance : Dans les deux documents "projet d'établissement" transmis, le volet dédié aux soins ne comporte aucune mention d'un projet de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes.
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. Le plan bleu Le plan bleu existe-il ?	Oui	Le plan bleu, dans sa version mise à jour le 28/05/2024 a été transmis à la mission.

¹⁴ Article D311-38-3, CASF : Le contenu minimal du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8 comprend :

4° Les critères d'évaluation et de qualité. Le projet précise notamment les objectifs d'évolution, de progression et de développement de la qualité de l'accompagnement au sein de l'établissement ou du service, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées à l'article L. 312-8 ;

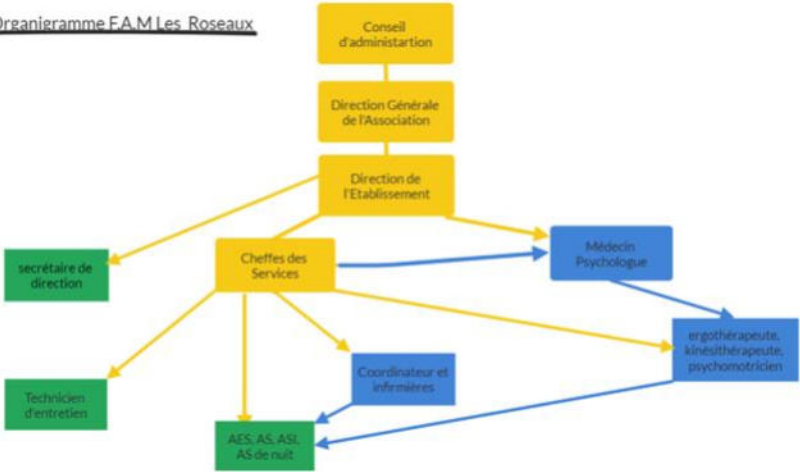
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ?.	Oui	La partie "1.3 Mise à jour du document et formation" précise qu'"une actualisation du document, par le groupe de travail qui en a assuré son écriture, sera réalisée au minimum annuellement et à chaque transformation ou modification de l'établissement".
	Le plan bleu contient-il :		
	- Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;	Oui	Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions sont détaillées dans la partie 3 du Plan bleu.
	- Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;	Partiellement	Les procédures de gestion des événements sont présentées dans la partie 4 du Plan bleu. 19 fiches de procédure sont annoncées dans le document : 18 y sont bien incluses mais il manque la procédure 9 - Sécurisation de l'établissement. Une convention avec un établissement de santé est notée dans la partie "2.3.1. Convention avec un établissement de santé" comme ayant été signée en 2021, sans préciser de quel établissement de santé il s'agit.
	- Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;	Oui	La partie "2.7. Plan de continuité des activités - PCA" indique les modalités standard de la continuité d'activité. La fiche procédure 12 décrit le PCA en cas de coupure d'énergie. L'annexe 7 présente une grille d'aide à l'analyse des activités prioritaires dans le cadre du Plan de continuité des activités.
	- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée;	Partiellement	Les modalités de mise en oeuvre de ses dispositions et leur levée sont indiquées dans chaque fiche de procédure. Ces informations sont complétées par des annexes. 8 annexes sont annoncées mais il en manque 3 dans le document transmis : - Annexe 4 - Modèle de dossier de liaison d'urgence - Annexe 5 – Trame pour tracer une courbe épidémique - Annexe 6 – Fiche de signalement CORRUSS
	- Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles ;	Partiellement	L'inventaire des équipements et matériels est présenté dans la partie 2.4, p.28-29. Pour la liste des matériels techniques, il est indiqué de "voir la liste des matériels maintenus par [REDACTED]". Cette liste n'est pas intégrée au document et il n'est pas précisé où l'on peut la trouver.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.	Non	Remarque 2 : Le plan bleu transmis à la mission est incomplet, en l'absence de plusieurs annexes (Modèle de dossier de liaison d'urgence, trame pour tracer une courbe épidémique et fiche de signalement CORUSS), d'une procédure relative à la sécurisation de l'établissement, en en l'absence de précision de l'établissement de santé avec lequel une convention a été signée. La liste des matériels techniques n'est pas non plus intégrée au Plan bleu. De façon générale, le document est difficilement lisible, ce qui interroge son opérationnalité en cas de besoin. Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles n'est pas intégré au Plan bleu.
	Le plan bleu a-t-il été arrêté après consultation : - Des instances représentatives du personnel ?	Non	Écart 3 : Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles n'est pas indiqué dans le Plan bleu. Cela contrevient au II.6° de l'article R311-38-1 du CASF¹⁵. Il n'est pas indiqué si le Plan bleu a été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel et du CVS, ce qui ne permet pas d'en attester.
	- -Du CVS ?	Non	Écart 4 : La direction de l'établissement et l'organisme gestionnaire ne peuvent attester de la consultation des instances représentatives du personnel et du CVS sur le plan bleu. Cela contrevient au III de l'article R311-38-1 du CASF¹⁶.
12. Management et Stratégie	1.2.5. L'organigramme		L'organigramme transmis par le Foyer d'Accueil Médicalisé Les Roseaux présente, de prime abord, une structuration hiérarchique et fonctionnelle globalement lisible et conforme aux attendus réglementaires. Il distingue clairement les niveaux de gouvernance (Conseil d'administration, Direction Générale), de direction (Direction de l'établissement), d'encadrement intermédiaire

¹⁵ Article R311-38-1, CASF : II.-Le plan mentionné au I contient notamment : [...]

^{6°} Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles conformément au programme annuel ou pluriannuel mentionné au 2° de l'article R. 3131-4 du code de la santé publique.

¹⁶ Article R311-38-1, CASF : III.-Le plan mentionné au I 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 du présent code.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			(Cheffe de service) et les fonctions opérationnelles (personnel soignant, administratif, technique et paramédical). <u>Document 1.</u> Organigramme du FAM les Roseaux <u>Organigramme FAM Les Roseaux</u>  En l'absence de légende sur la signification des couleurs, en particulier, celles des flèches, les relations hiérarchiques et fonctionnelles sont supposées à partir des différences de couleur. Les liens hiérarchiques sont représentés de manière explicite, permettant d'identifier les circuits de responsabilité et de décision. Les liens fonctionnels, que l'on devine par des flèches d'une couleur bleue, gagneraient à être davantage précisés, notamment en ce qui concerne les fonctions transversales (coordination médicale, qualité), dont certaines ne figurent pas dans l'organigramme alors qu'elles sont évoquées dans le fonctionnement réel de l'établissement. De la même manière, l'organigramme ne fait pas de distinction entre les soins et l'éducatif, et derrière le terme générique « cheffes de services », il y a IDEC et cheffe de service éducatif. Au sein du FAM, les AS et les AMP et AES ne sont pas différenciés dans leurs fonctions. Sur l'organigramme, les IDE et les coordinateurs d'unités de vie apparaissent en lien avec l'équipe AS/AMP/ASI, mais en l'absence de signification des flèches de couleur, il n'est pas possible de certifier qu'il s'agit de liens hiérarchiques ou fonctionnels. Selon les éléments recueillis en entretien, il s'agit de liens fonctionnels mais dans les faits, il est demandé aux coordinateurs de contrôler ce qui se passe dans les unités, ce qui est susceptible de les mettre en porte à faux, faute de clarification des responsabilités des uns et des autres. La fiche de poste du coordinateur transmise à la mission, créée en 2021 et mise à jour en mars 2023 ne permet pas de clarifier le

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			positionnement du coordinateur. Il est stipulé que le coordinateur est en relation hiérarchique avec le chef de service vie sociale et chef de service soins (plus le directeur d'établissement) et qu'il est en relation fonctionnelle avec, entre autres, les équipes paramédicales et éducatives. Or, dans les activités de coordination de l'équipe éducative, il ressort un rôle de management hiérarchique puisqu'il est indiqué que le coordinateur participe à l'évaluation des salariés de son équipe avec la chef de service éducatif (pour AMP) ou chef de service paramédical pour les AS. Il gère les plannings de son équipe au quotidien, il prévient et gère les conflits entre les différents professionnels de son étage, il organise l'accueil des nouveaux arrivants et participe à l'entretien en cours de période d'essai avec les chefs de services. Enfin, il est le relais de l'institution dans son approche de prévention de la maltraitance.
			Remarque 3 : Tant l'organigramme que les fiches de poste ne permettent pas de clarifier le fonctionnement hiérarchique de l'équipe paramédicale et éducative. Il n'est fait aucune mention de l'IDEC dans l'organigramme, et le rôle des coordinateurs d'unité, tel qu'il est représenté, ne correspond pas au mode de fonctionnement réel de l'établissement. De ce fait, l'organigramme, non nominatif, ne remplit pas sa fonction de clarification de l'organisation et de la hiérarchie interne, ni sa fonction d'information à destination des autorités, des salariés et des résidents et de leurs proches, ce qui peut potentiellement être vecteur de tensions au sein des équipes.
	L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	Partiellement	
	L'organigramme est-il à jour ?	Oui	L'organigramme n'étant pas nominatif, et ne rentrant pas dans les détails organisationnels, sa mise à jour en est facilitée.
	L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?	Non	
1.2. Management et Stratégie	1.2.6. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u>		L'organisme gestionnaire est sous CPOM. Dans ce cadre, les frais de siège associatifs sont négociés et les missions du siège associatif définies contractuellement avec les autorités de tutelle. Selon entretien avec la directrice de transition, des réunions mensuelles ont lieu entre la direction générale et les directeurs d'établissement. Selon entretiens, les échanges sont fluides avec la DRH du siège et le directeur de pôle est accessible et présent pour assurer la continuité de direction.
1.2. Management et Stratégie	1.2.7. <u>Directeur : contrat et fiche de poste</u>		Le jour de l'inspection, une direction de transition était en place depuis le 7 avril 2025 afin de pallier le départ du directeur, sorti officiellement des effectifs [REDACTED], après plusieurs années à la tête du FAM les Roseaux. La passation de direction s'est faite dans de bonnes conditions avec une semaine de tuilage. La mission de transition était prévue jusqu'au 10 juillet (la directrice

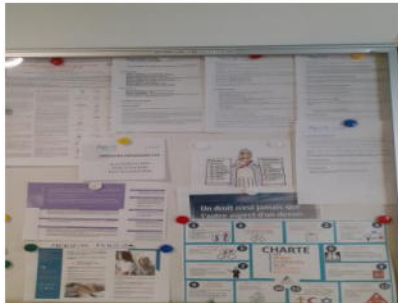
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quel est l'ETP du directeur au sein de la structure ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?	Non Partiellement	n'étant pas disponible au-delà) sachant que l'organisme gestionnaire envisage une mutualisation des fonctions de direction entre ses 2 EAM (celui des Roseaux et celui situé à Gennevilliers) et a mandaté la directrice de transition pour faire des propositions de gouvernance rénovée en lien avec la directrice de l'EAM de Gennevilliers. Après la visite sur site, la mission a eu connaissance de l'arrivée d'un nouveau directeur de transition de la mi-juillet jusqu'à fin octobre 2025. La directrice de transition n'est présente sur site que 3 à 4 jours par semaine. Le champ de la délégation est limité à l'EAM Les Roseaux, situé à Clichy. Aucune autre structure n'est mentionnée dans le périmètre de sa mission. La fiche de poste pour le directeur n'a pas été transmise à la mission, mais le DUD détaille très précisément les missions, responsabilités et domaines de compétence du directeur.
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. <u>Directeur : qualifications</u>	Oui	La directrice de transition possède au moins deux diplômes de niveau 7 RNCP (DEA et DESS), ce qui satisfait pleinement aux exigences de l'article D312-176-6 pour diriger un ESSMS privé.
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Le remplacement de la direction</u>		
	Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?	Oui	Selon les entretiens, en cas d'absence, le directeur de pôle du siège associatif assure le remplacement en lien avec la cheffe de service de l'établissement. Il s'appuie au besoin sur la directrice du deuxième EAM de l'organisme gestionnaire à Gennevilliers avec lequel une réflexion est en cours pour la mise en place d'une direction commune et certaines mutualisations. Une procédure APEI d'organisation de la fonction de direction en cas d'absence du directeur a été transmise. Elle indique une application à l'ensemble des établissements et services de l'APEI Boucle de la Seine à partir du 01/10/2024 mais ne comporte ni les noms des rédacteurs, valideurs, ni la date d'élaboration, ni la signature. Cette procédure distingue : - les situations d'absence programmée pour lesquelles le directeur rédige une note de délégation formalisée précisant le cadre suppléant, la durée, le périmètre de responsabilités transférées, les limites des délégations (budget, RH, signature, urgence), et pour lesquelles une communication et des transmissions sont assurées, - des situations d'absence imprévue où le cadre de direction selon le tableau d'astreinte prend la suppléance et une information d'urgence est transmise à la gouvernance et aux cadres.
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les délégations au directeur</u>		Le jour de l'inspection, la directrice a informé la mission qu'elle ne disposait pas encore de son DUD et qu'aucune délégation de signature ne lui avait été confiée. Elle a précisé que les actes de direction étaient signés par le directeur de pôle. Après la visite sur site, le DUD a été transmis. Il est stipulé que la délégation prend effet à la date de signature, soit le 7 avril 2025.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<u>ESSMS privé</u> Le document unique de délégation (DUD) a-t-il été envoyé à l'ARS ?	Choisir	Le DUD mentionne qu'« une copie de la présente délégation est adressée à l'autorité qui a délivré l'autorisation de l'établissement », il ne précise pas explicitement que ce document a été effectivement transmis à l'ARS et au Conseil départemental. De fait, il a été transmis à la mission d'inspection. Lors d'échanges ultérieurs à la visite sur site, la mission a appris l'arrivée d'un nouveau directeur de transition sans que les interlocuteurs de proximité (DDARS et CD92) n'en aient été informés, ni n'aient reçu de DUD.
	Le document unique de délégation (DUD) précise-t-il la nature et l'étendue de la délégation, c'est-à-dire : - La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service - La gestion et l'animation des ressources humaines ; - La gestion budgétaire, financière et comptable ;	Oui Oui Oui	Écart 5 : L'absence d'information sur les changements de direction de l'établissement et l'absence de transmission du DUD contreviennent aux dispositions des articles L 313-1 et D 312-176-5 du CASF.
	1.2.11. <u>Les subdélégations du directeur</u>		L'établissement dispose d'un modèle de subdélégation de pouvoirs temporaire structuré et conforme à la procédure interne « PRO_APEI_ABSENCE_DIRECTION_2025 ». Ce document encadre précisément les responsabilités transférables à un cadre en cas d'absence du directeur. Le DUD de la directrice de transition prévoit les possibilités de subdélégation, mais au moment de l'inspection, aucune subdélégation n'a été formalisée, alors même que la directrice est présente sur site de manière partielle (3 à 4 jours par semaine). Selon entretien, c'est le directeur de pôle qui signe.
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>		L'établissement dispose d'une structuration régulière de ses réunions de pilotage et de coordination, articulée autour de plusieurs instances formalisées : Une réunion mensuelle du COMEX est organisée au niveau associatif. Cette instance assure le pilotage stratégique global de l'association. Selon entretien, la diffusion des comptes rendus s'effectue par messagerie.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Le CODIR de l'établissement se réunit chaque lundi matin pour une durée d'une heure. Il regroupe les cadres de l'établissement, à l'exclusion des coordinateurs. L'ordre du jour est systématiquement communiqué dans la convocation. Un compte rendu est rédigé à l'issue de chaque séance et diffusé par voie électronique aux participants. Il s'agit de l'organisation mise en place par l'ancienne direction, et cela est donc susceptible d'évoluer avec les changements de direction. Des réunions de service sont tenues chaque mardi, sous la responsabilité de la cheffe de service. Elles visent à assurer la coordination opérationnelle des équipes. Une réunion institutionnelle est organisée mensuellement, sous l'animation du directeur de l'établissement. Elle constitue un espace de régulation, de partage d'informations et de réflexion collective sur les pratiques professionnelles et les orientations institutionnelles.
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les astreintes administratives</u> Une astreinte de direction est-elle mise en place la nuit ?	Oui	Une astreinte de direction est assurée en continu, du lundi 9h au lundi suivant 9h, par le directeur et le chef de service, incluant les nuits. Lorsque le poste d'IDEC est pourvu, ce dernier participe aux astreintes. Selon les entretiens, le week-end, l'astreinte de direction est peu appelée en raison de la présence physique d'un coordinateur d'unité. En semaine, une IDE ou un coordinateur d'unité est souvent présent jusqu'à 21H. L'équipe de nuit est composée [REDACTED] ETP, avec tous les postes actuellement pourvus.
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les astreintes techniques</u> Une astreinte technique est-elle mise en place la nuit ?	Non	Des procédures d'astreinte sont à disposition. La mission a pris connaissance d'un mail de l'ancienne direction adressé au nouvel IDEC en avril 2025 qui indiquait toutes les informations utiles pour assurer l'astreinte en fonction des situations. Pour le matériel (panne électrique, fuite d'eau), l'établissement a une liste de prestataires qui assurent la maintenance (liste dans le plan bleu). Pour tout ce qui est sécurité incendie, ascenseur, porte automatique, les dispositifs sont couverts 24h sur 24 par des sociétés qui interviennent sur simple appel.
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</u>		Selon les entretiens, le poste d'IDEC est vacant depuis plus d'un an. Un nouvel IDEC avait été recruté en mars/avril 2025 mais [REDACTED] Dans l'attente du recrutement d'un IDEC, une des IDE assure des missions de coordination à temps plein. Un avenant à son contrat de travail formalise cette « affectation temporaire » pour une durée de 6 mois [REDACTED], avec une

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires				
			évaluation prévue au terme des 6 mois pour convenir conjointement du renouvellement de l'avenant. La mission note que l'avenant qui lui a été remis n'est pas signé. Sur le plan hiérarchique, la cheffe de service éducative encadre de fait toutes les équipes.				
1.2. Management et Stratégie	1.2.16. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u> Un professionnel encadre –t-il l'équipe éducative ? - A quel niveau d'ETP ? - Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ? Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	Oui 1 ETP non investigué	Un chef de service éducatif encadre l'équipe d'aide-soignant (AS) et d'accompagnant éducatif et social (AES) et d'agent de service intérieur (ASI) et AS de nuit ainsi que les coordonnateurs d'unité de vie (lesquels sont éducateurs de formation) et les infirmiers diplômés d'Etat (IDE). Cette situation est liée à la vacance de poste durable d'IDEC. En présence de l'IDEC, ce dernier est en responsabilité des IDE, AS de nuit, ergothérapeute, psychomotricien et ASI (agent de service intérieur en charge du ménage et de la lingerie). La cheffe de service éducatif a commencé au sein de l'APEI en tant [REDACTED] [REDACTED] Par avenant à son contrat de travail initial, elle a été promue chef de service au [REDACTED] au sein du FAM les Roseaux.				
1.2. Management et Stratégie	1.2.17. <u>Les conflits entre direction et salariés</u> Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels ? (Signalement, pétitions, absentéisme élevé, rotation fréquente des personnels, affaires	Non	Selon l'auto-diagnostic CPOM 2025-2029, « le climat social est plutôt bon mais le manque de personnel infirmier, psychomotricien, coordinateur se fait ressentir de manière très forte. La vétusté du bâti limite la qualité de vie des résidents et la QVT pour les salariés et les intervenants extérieurs ». <u>Document 2.</u> Le taux de rotation des personnels selon les tableaux de bord de la performance : <table border="1"> <tr> <td></td><td>2023 non renseigné</td><td>6 en 2022</td><td>[REDACTED] en 2021</td></tr> </table> Certains salariés quittent leur poste après 3 à 5 ans d'exercice. D'autres salariés quittent leur poste après l'obtention d'une qualification, ou d'un diplôme de niveau supérieur. La directrice de transition juge que le climat social est apaisé. De fait, la mission n'a été sollicitée par aucun élu du Conseil social et économique (CSE) ou représentant de proximité ou membre		2023 non renseigné	6 en 2022	[REDACTED] en 2021
	2023 non renseigné	6 en 2022	[REDACTED] en 2021				

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	prud'homales, suivi troubles musculo-squelettiques et risques psychosociaux, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats, ...)		du personnel. Les CR de CSE évoquent des situations dans des établissements de l'association, mais pas au FAM les Roseaux. Le plan d'amélioration de la qualité consulté par la mission ne comprend pas d'actions en lien avec les conditions de travail ou des risques psychosociaux. Une enquête sur la qualité de vie au travail a été réalisée en novembre-décembre 2024, il en ressort des appréciations majoritairement positives sur l'ensemble des sous-items liés au management et climat social. Il ressort des entretiens un nombre relativement important de postes vacants au sein du FAM les Roseaux. S'agissant des taux d'absentéisme et de rotation du personnel, les données brutes transmises à la mission n'ont pu être exploitées (fichiers avec données nominatives, déclinées par motif d'absence et de départ, respectivement de 11 et 15 pages au format pdf sans synthèse). Les données des tableaux de bord de la performance de la campagne 2024 (sur données 2023) font état d'indicateurs plus élevés que la médiane régionale sur ces taux qui se sont dégradés par rapport aux données de l'année précédente. Le taux d'ETP vacant est de ■■■■ sur l'établissement versus 8,19 en médiane régionale, le taux d'absentéisme de l'établissement est de ■■■■ versus 12,29 en médiane et le taux de rotation est de ■■■■ versus 16,54 en médiane. Il convient de noter que l'association a mené un travail de cartographie de l'absentéisme et de plans d'actions sur l'ensemble de ses établissements et services pour l'année 2023. Les CR de CSE sur les années 2023 et 2024 ne font ressortir aucun élément sur le FAM les Roseaux. La problématique de l'absentéisme en 2023 a fait l'objet d'alertes des élus du CSE au niveau associatif.
1.2. Management et Stratégie	1.2.18. Les affichages Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : - Dernière enquête de satisfaction - Règlement de fonctionnement	Non Oui	Plusieurs lieux d'affichage ont été vus lors de l'inspection : au RDC, à l'accueil de l'établissement, dans l'ascenseur et à chaque étage. Sont visibles au RDC, à proximité de l'accueil de l'établissement : - le règlement de fonctionnement et les horaires de visite, dans des présentoirs en accès libre ; - la charte des droits et libertés de la personne accueillie, affichée dans une vitrine dédiée aux informations familles et tuteurs. Document 3. Charte des droits et des libertés de la personne accueillie - affichage

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui	 <u>Document 4.</u> Heures de visite - affichage 
	- Arrêté d'autorisation (tarifs hébergement / arrêté du CD)	Non	Ne sont pas visibles au RDC de l'établissement les documents suivants : - La dernière enquête de satisfaction, - L'arrêté d'autorisation, L'arrêté de dotation globale.
	- Horaires d'ouverture de la structure - Arrêté de dotation globale	Oui	
	- Arrêté de dotation globale	Non	
	- Numéro Maltraitance 3977	Oui	Le numéro Allo maltraitance personnes âgées et personnes handicapées (3977) est affiché à l'accueil. Remarque 4 : Les résultats de l'enquête de satisfaction ne sont pas affichés.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionne- ment des instances	1.3.1. Le CVS		
	Un CVS existe-il ?	Oui	6 comptes-rendus de CVS ont été transmis à la mission : - 2 au titre de 2023 pour les CVS des 11 mai et 19 octobre ; - 3 au titre de 2024 pour les CVS des 15 février, 13 juin et 17 octobre ; - 1 au titre de 2025 pour le CVS du 20 février. Le calendrier des CVS 2025 a été approuvé lors du CVS du 17/10/2024 et a été établi pour 3 dates : 13/02, 15/05 et 16/10.
	Le CVS se réunit au moins trois fois par an ?	Oui	
	L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ?	Oui	Le règlement intérieur du CVS, transmis à la mission, a été approuvé lors du CVS du 17/10/2024 (cf. PV). Un [REDACTED] présentant ce règlement a aussi été transmis. Il y est indiqué que le règlement a été adopté au CVS du 13/02/2025, date à laquelle le CVS ne s'est pas tenu (il s'est tenu le 20 février). Il est indiqué dans le règlement intérieur que "Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an sur convocation du Président" et que l'ordre du jour "est communiqué avec la convocation de la séance qui précise la date, l'heure et le lieu de la réunion, au moins 15 jours avant la séance prévue, aux membres du conseil de la vie sociale". Ces dispositions sont conformes à la réglementation.
	La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :		Le règlement intérieur du CVS prévoit une composition de 5 titulaires (a minima) et de 5 suppléants issus des 4 collèges, répartis de la manière suivante : - 4 représentants des personnes accompagnées, - 2 représentants des familles, - 2 représentants des professionnels,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			- 2 représentants de l'organisme gestionnaire. Le compte-rendu du CVS du 20/02/2025, en l'occurrence la liste des membres présents et excusés a été adressé à la mission pour attester de la composition du CVS. Cette liste ne précise pas si les représentants sont titulaires ou suppléants et comporte 15 membres en tout, ce qui n'est pas antinomique avec les dispositions du règlement du CVS. Les représentants des familles sont également les représentants des tuteurs. Un élu à la santé de la Ville de Clichy et le Directeur aux personnes handicapées de la Ville de Clichy font également partie des membres du CVS. Il n'y a pas de représentant de l'équipe médico-soignante ni des bénévoles. La mission s'interroge néanmoins, s'il n'y pas confusion entre les membres du CVS et les participants au CVS du 20/02/2025, étant entendu que le CVS peut inviter des membres de l'établissement ou de l'organisme gestionnaire à ses réunions.
	- Deux représentants des personnes accompagnées ;	Oui	
	- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ;	Oui	
	- Un représentant de l'organisme gestionnaire.	Oui	
	Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :		
	- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;	Oui	
	- Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;	Oui	
	- Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;	Non	
	- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.	Non	
	L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux sont supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.	Non	Selon la composition indiquée dans le règlement intérieur, le nombre des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux, soit 6, est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil de vie sociale, soit 10, ce qui est conforme à la réglementation.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Selon la liste des membres mentionnés au CR du 20 février 2025, cette proportion n'est pas respectée : il y a au total :7 représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux pour 14 membres au total. Cela n'inclut pas le directeur qui a une voix consultative, comme le précise le règlement intérieur du CVS. Écart 6 : L'absence de formalisation de la composition du CVS ne permet pas de garantir le respect de la répartition des sièges entre les différents collèges, et en particulier que le nombre des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil de vie sociale. Cela contrevient à l'article D311-5 du CASF¹⁷.
	La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?	Oui	Le règlement intérieur du CVS précise, dans son article 2, ses missions, en conformité avec l'article D311-15 du CASF. Toutefois, il n'est pas fait mention de l'examen de l'enquête de satisfaction annuelle. Dans les comptes-rendus transmis à la mission, un point d'expression des membres du CVS est systématique. On note également : - La présentation du projet d'établissement pour accord, lors de la réunion du 15/02/2024 ; - Une information sur l'organisation du service soins, lors des réunions des 17/10/2024 et 20/02/2025 ; - Une information sur la tenue de l'évaluation externe au 3e trimestre 2025, lors des réunions des 17/10/2024 et 20/02/2025 ; Un point sur les événements indésirables et les plaintes est inscrit dans les PV du CVS à partir de la réunion du 13/06/2024.
	- Donner un avis et faire des propositions sur le fonctionnement de la structure ? (droit et liberté, organisation intérieure, vie quotidienne, activités, prestations, projet de travaux et d'équipement, prix des services, l'entretien des locaux, l'animation, les conditions de prises en charge)	Oui	Dans le PV du CVS du 20/02/2025 sont présentés les résultats partiels des enquêtes de satisfaction 2024.

¹⁷ Article D311-5, CASF : Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Associer à la révision du PE, notamment en matière politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ?	Oui	D'autres moments d'expression des résidents sont prévus dans l'établissement : - Une commission repas est organisée tous les mois ou deux mois. Le compte-rendu de la commission repas du 20/01/2025 a été transmis à la mission. - Dans les entretiens menés par la mission, il a été mentionné la tenue d'une réunion des résidents tous les lundis matin animée par un coordinateur. Elle permet la présentation du programme de la semaine, l'inscription aux activités, et de rappeler les droits et devoirs des résidents. Seul le compte-rendu de la réunion des résidents du 18/03/2024 a été transmis à la mission. - Lors des entretiens, la tenue d'un groupe de parole résidents animé par la psychologue le vendredi a été également évoquée. Ont été transmises à la mission 34 invitations Outlook pour les groupes de parole en 2024 et 3 pour ceux de 2025.
	- Etre entendu lors de la procédure d'évaluation et être informer des résultats et être associer aux mesures correctrices à mettre en place ?	Oui	
	- Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ?	Oui	
	Les évènements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ?	Oui	
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u> Existe-t-il une enquête de satisfaction sur : - La qualité de l'hébergement ?	Oui	Les résultats de 4 enquêtes de satisfaction ont été transmis à la mission et sont extrait du logiciel [REDACTED] : - Un questionnaire auprès des résidents (10 répondants au 26/12/2024) ; - Un questionnaire auprès des familles/tuteurs (8 répondants sur la période 19-26/11/2024) ; - Un questionnaire auprès des salariés (13 répondants sur la période 19/11-20/12/2024) ; - Un questionnaire auprès du CVS (4 répondants sur la période 13/12/2024-20/01/2025). La qualité de l'hébergement, de l'accompagnement dans la vie courante et de l'entretien des locaux ainsi que la restauration y sont abordées. La qualité des soins n'est pas abordée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- La restauration ? - La qualité de l'entretien des locaux ? - La qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante ? Les enquêtes de satisfactions sont-elles affichées dans la structure ?	Oui Oui Partiellement Non	Les résultats des enquêtes de satisfaction 2024 ne sont pas affichés au RDC ni à l'accueil de l'établissement. CF remarque supra n°4.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	1.4.1. La direction		
	La direction est-elle impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités administratives compétentes ? Réf. : R331-8 du CASF ?		La direction de l'établissement est engagée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment à travers la mise en place d'un COPIL Qualité, la désignation de référents qualité formés, et l'utilisation d'outils comme [REDACTED] pour préparer l'évaluation HAS. Toutefois, le projet d'établissement (non finalisé) ne fait pas explicitement état d'un dispositif formalisé de traçabilité des actions correctrices, ni de leur transmission aux autorités compétentes (ARS, CD). Un plan d'amélioration continu de la qualité a été adressé à la mission.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. Le responsable qualité		
	Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?	Oui	Deux professionnels sont désignés référent qualité au sein de l'établissement (un des deux coordonnateurs d'unité de vie et un Aide-soignant).
	Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?	Oui	
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. Les professionnels référents		
	Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ?	Oui	Des référents thématiques sont identifiés parmi les professionnels de la structure. Ils interviennent sur plusieurs domaines spécifiques afin de garantir une expertise et un accompagnement de qualité au sein de l'établissement. Les thématiques couvertes sont les

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			suivantes : Bienveillance, Informatique, Sport adapté, Anniversaires et Dossier Usager Informatisé (DUI)
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u> Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Les actions du PACQ sont-elles suivies (non discontinue) ?	Oui	Plusieurs actions mentionnées dans le PACQ présentent des échéances antérieures à la date d'édition du document (mai 2025), sans que leur statut soit actualisé. Cela traduit un défaut de mise à jour ou de suivi régulier du plan, lequel peut s'expliquer dans le contexte de transition de la direction et de postes vacants de membres du CODIR (IDEC). Un nombre significatif d'actions sont indiquées comme « non traitées » ou « en cours » alors que leur échéance est dépassée (ex. : traduction FALC des règles de vie, protocoles de soins). Bien que les actions soient hiérarchisées (priorité 1), aucune indication n'est donnée sur les critères de priorisation ni sur les modalités de révision du plan. Cela limite la lisibilité stratégique du PACQ et sa capacité à orienter les efforts d'amélioration vers les enjeux les plus critiques, comme le recommande le critère 3.1 du référentiel HAS. Des thématiques majeures comme la bientraitance, la gestion des risques ou la continuité des soins font l'objet d'actions, mais leur avancement reste flou ou partiel. Remarque 5 : L'absence de mention des résultats mesurables et mesurés ou d'indicateurs de suivi du PACQ dans le rapport annuel d'activité du FAM constitue un écart au regard des attendus du référentiel HAS (critères 1.1 et 3.2). L'établissement utilise le logiciel [REDACTED] pour le suivi de la qualité. Le diagnostic suivant est fait par l'établissement dans le cadre de la négociation CPOM : L'enjeu d'amélioration continue de la qualité passe par : 1- [REDACTED] 2- la relocalisation/extension dans des locaux adaptés et sécurisant 3- un plan de formation adapté 4- une adaptation du matériel et des SI pour gagner du temps et pouvoir permettre aux équipes de se concentrer sur le cœur de métier. Du fait de la vacance de poste du directeur et de celle de l'IDEC, le PACQ n'a pas été actualisé depuis quelques mois.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>L'auto-évaluation</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le gestionnaire concourt-il à la mise en place de procédures de contrôle interne et à l'exécution de ces contrôles ;	Oui	En 2021 l'établissement a fait l'objet d'un audit externe par le cabinet [REDACTED]
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>L'évaluation externe</u>		Une évaluation par un prestataire externe est prévue le 29 septembre 2025. Le dernier rapport d'évaluation externe date de septembre 2013.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u> Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui est intégrée au projet d'établissement issue d'une réflexion portée par l'encadrement avec la participation du personnel et des personnes ?	Oui	L'établissement a une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui se traduit notamment par : La mise en place d'un COPIL Qualité et de référents qualité formés. Une culture de la bientraitance intégrée dans les pratiques professionnelles, les projets personnalisés et les formations. Le développement de la communication alternative et augmentée pour recueillir les souhaits des personnes accompagnées. L'implication des résidents dans les Conseils de la Vie Sociale (CVS) et les groupes de parole. Une démarche d'amélioration continue de la qualité, soutenue par des outils d'évaluation ([REDACTED])
1.4. Gestion de la qualité	1.4.8. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u> L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations :	oui	L'encadrement et la direction de l'EAM Les Roseaux assument globalement leur rôle dans la promotion de la bientraitance, avec une démarche structurée autour de la qualité, de la participation des usagers et de la formation des équipes et la tenue régulière de groupes d'analyse des pratiques. L'établissement est engagé dans une procédure de labellisation Bientraitance par l'([REDACTED]). Selon les entretiens, cette démarche a un effet positif sur la dynamique d'équipe. Toutefois, certains points mériteraient d'être formalisés ou renforcés, notamment : L'inscription explicite de la bientraitance dans les fiches de poste. Une clarification du rôle des référents bientraitance renforcerait la lisibilité de la politique de bientraitance.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- En ayant connaissance des risques et des obligations leur incombant, lesquelles sont inscrites à leur fiche de poste, à leur feuille de route, à leur DUD, etc.; - En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ; - En nommant un référent bientraitance ; - En sensibilisant, informant et formant le personnel, - En organisant l'analyse de leur pratique ; - En formalisant dans leur fiche de poste la bientraitance comme une mission pour tous les jours ; - En organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et intérimaires pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ; - En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PAI. Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance : - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; - Par la sensibilisation et la formation ; - Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ; - Par des actions de prévention de l'usure professionnelle	Oui Partiellement Oui Oui Oui Non non investigué Oui Oui Oui Partiellement Partiellement	La clarification du positionnement hiérarchique des coordinateurs de vie qui ont un rôle clé dans la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. La mise en place d'un CREX ou d'un dispositif équivalent. Des actions plus visibles de prévention de l'usure professionnelle. Le DUD précise les obligations et responsabilités incombant au délégataire et développe les missions sur la démarche qualité, laquelle comprend le contrôle de la qualité de l'accueil et l'effectivité des droits des personnes accompagnées. Les missions ou compétences associées figurant dans les fiches de poste participent d'un accompagnement bientraitant, mais le terme « bientraitance » n'est jamais utilisé dans ces documents. Des documents explicitant le fonctionnement de la structure, l'organisation des journées type et les particularités des résidents sont mis à disposition des nouveaux arrivants. Les plannings d'activité sont affichés. Comme vu plus haut, le PACQ souffre d'un défaut de mise à jour, des actions prévues n'ont pas été réalisées. La mise en œuvre d'actions de mesures d'attractivité, de fidélisation et de prévention de l'usure professionnelle fait partie des revendications des élus CSE, comme l'attestent certains CR de CSE en lien avec l'absentéisme important sur l'année 2023 sur l'ensemble des établissements de l'APEI Boucle de la Seine.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.9. La bientraitance en pratique		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels Réf : L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007		Selon les entretiens, tous les lundis matin, animation par les coordinateurs d'un temps d'expression des résidents : droits et devoirs des résidents sont abordés. A titre d'exemple, des résidents ont pu exprimer le fait qu'on entrerait dans leur chambre sans les prévenir, qu'on ne les réveillait pas à l'heure convenue. La charte des droits de la personne accompagnée a été affichée dans les chambres des résidents qui l'ont demandé. Les Habitudes de vie des résidents sont affichées sur les portes des chambres. Un travail est en cours pour élaborer aussi les habitudes de nuit de chaque résident qui seront affichées, notamment pour les veilleurs de nuit. L'établissement affiche une volonté claire de promouvoir la bientraitance, mais certains dispositifs essentiels restent à formaliser ou à renforcer, notamment : Une procédure de signalement des faits de maltraitance ou d'agression. Un dispositif de soutien psychologique et organisationnel pour les professionnels.
	Les bonnes pratiques sont-elles connues et promues telles que :	Partiellement	L'établissement dispose de dispositifs favorisant la promotion des bonnes pratiques professionnelles, notamment à travers la mise en place de référents qualité, de réunions pluridisciplinaires et d'un COPIL Qualité. Des temps d'analyse des pratiques sont assurés par des psychologues externes. Toutefois, ces actions gagneraient à être davantage formalisées. En particulier, l'absence de cadre structuré pour la supervision (fréquence, objectifs, méthodologie) limite la portée de ces démarches dans la prévention des risques de maltraitance.
	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS- mars 2022 Affichage du numéro d'appel national 3977 « Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap » et ALMA? Est-il mentionné dans le livret d'accueil de l'EAM ?	Non	Les numéros d'appel relatifs à la déclaration d'une maltraitance (i.e. 3977, ALMA) sont affichés à l'accueil, mais ne le sont pas au niveau du poste infirmier. Le livret d'accueil présente de manière détaillée les droits des personnes accompagnées, les dispositifs de bientraitance, les chartes associatives, ainsi que les modalités de participation au CVS. Toutefois, l'absence de mention du numéro 3977 et d'ALMA constitue un manque au regard des recommandations nationales en matière de prévention et de signalement des situations de maltraitance. Remarque 6 : Le livret d'accueil du FAM ne mentionne pas le numéro d'appel national 3977 « Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
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>		
	La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?	Non	L'établissement met en œuvre une démarche d'accompagnement individualisé et bienveillant, avec une attention portée à la communication et à l'évaluation des besoins. Toutefois, la prévention et la gestion des comportements-problèmes ne sont pas formalisées dans le projet d'établissement. Il n'existe ni procédure dédiée, ni salle de retrait, ni stratégie spécifique de formation ou de collaboration sur ce sujet. Il ressort des entretiens que concrètement, la gestion des comportements problèmes reposent sur les coordinateurs d'unité de vie qui sont en appui des équipes pour analyser les situations, les prévenir et ce sans recours à la médication.
	Pour prévenir la survenue du comportement problème, les besoins des personnes sont-ils identifiés ainsi que les facteurs de risque et les facteurs de protection (moyens de communication ; prise en compte de l'environnement) ?	Non	
	Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par : - Des procédures de gestion des comportements problème ;	Partiellement	Il ressort des entretiens menés que les professionnels ne disposent ni d'une procédure générique de gestion des comportements problème qui peuvent survenir au sein de la structure, ni des protocoles individuels pour la prise en charge des résidents en éprouvant régulièrement ces types de comportements. Les coordinateurs d'unité viennent en soutien pour éviter une gestion par recours médicamenteux. Lors de la visite des locaux de l'infirmerie, certains membres de la mission d'inspection ont constaté qu'un « récapitulatif des protocoles agitation » y est affiché. Ce récapitulatif comporte le traitement médicamenteux individuel à administrer en cas de comportement problème pour chacun des huit résidents inscrits sur ce document. La décision d'administrer un traitement « si besoin » en cas de survenue d'un comportement problème persistant chez un résident est prise soit par l'infirmier lorsqu'il est présent dans la structure, soit par le cadre d'astreinte en dehors des horaires de présence des infirmiers. Une fois la décision prise, l'administration du traitement est réalisée soit par l'infirmier lorsqu'il est présent, soit par les aides-soignants habilités en dehors des horaires de présence de l'infirmier dans l'établissement.
	- Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;	Oui	Lors des réunions hebdomadaires d'équipe, les professionnels peuvent échanger au sujet des comportements problèmes dont ils ont été récemment témoins. Par ailleurs, ces professionnels participent à des analyses des pratiques qui ont entre autres comme sujet les comportements problèmes. Ces analyses se déroulent régulièrement environ tous les deux mois.
	- Par la sensibilisation et la formation ;	Non	Les entretiens menés précisent l'absence d'une formation récente relative à la gestion des comportements problèmes. Par ailleurs, aucune formation de ce type n'est consignée dans les plans des formations dispensées au sein de l'EAM sur la période 2023 – 2024.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs ; Le PAI des usagers présentant un « comportement problème » est-il régulièrement actualisé ? (Bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.) Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ?	Oui Choisir Non	La collaboration des professionnels de l'EAM Les Roseaux avec les proches des résidents présentant des comportements problèmes est effective. Il ressort des entretiens menés que la survenue des comportements problème chez les résidents accompagnés est exceptionnelle, et par conséquent la présence d'une salle de calme-retrait au sein de l'EAM Les Roseaux n'est pas nécessaire.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.11. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u> Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de : Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ? En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ?	Oui Oui	L'établissement a procédé à la déclaration à l'ARS de 27 signaux depuis le 01/01/2023 dont 24 depuis le 01/01/2024. Deux signaux concernent la prise en charge médicamenteuse, trois des situations de maltraitance et cinq relèvent d'actes de violence selon la typologie réalisée par la structure. De nombreux signalements sont liés à des défaillances techniques (problème d'ascenseur). Selon les propos rapportés par les professionnels, c'est la direction qui décide de la transmission ou non de l'évènement indésirable aux autorités de tutelle, mais ils ne sont pas forcément informés. Les déclarations des EI peuvent se faire par papier ou par le logiciel [REDACTED] Les professionnels ont déclaré qu'en cas de maltraitance, les familles et représentants légaux sont informés sans délai. La mission a constaté lors des entretiens que les professionnels de l'établissement sont informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance. Par ailleurs, dans le cadre de la labellisation bientraitance les professionnels ont suivi une formation bientraitance en 2024 (voir doc formation) et savent qu'ils bénéficient d'une protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance. Un référent bientraitance a été nommé au sein de l'établissement.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>La direction</u>		
	La direction est-elle impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités administratives compétentes ? Réf. : R331-8 du CASF	Oui	Comme vu plus haut, un plan d'amélioration continue de la qualité est en place, Le DUD de la direction développe les missions du directeur sur la démarche qualité, laquelle comprend le contrôle de la qualité de l'accueil et l'effectivité des droits des personnes accompagnées. S'agissant des déclarations externes des événements indésirables graves, les déclarations sont effectives auprès de l'ARS. Sur le SI VSS de l'ARS, à date du 5 mai 2025, la mission constate la déclaration à l'ARS de 34 événements depuis le 1 ^{er} janvier 2022.
	1.5.2. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>		
	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ?	Oui	L'espace d'accueil de l'établissement dispose d'un cahier de réclamation pour la restauration. Un cahier des doléances familles et tuteur est également mis à disposition : le document est vierge d'annotation le jour de l'inspection. L'établissement utilise le logiciel [REDACTED] pour réaliser des enquêtes de satisfaction.
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.3. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u>		Le document de "gestion des plaintes et réclamations" a été transmis. Il rappelle le cadre, la définition des termes et le cadre juridique de référence. La procédure précise les étapes du recueil et du suivi des plaintes et réclamations, ainsi que les bonnes pratiques Les plaintes et réclamations font l'objet d'un point à l'ordre du jour à l'occasion des réunions institutionnelles. Le contenu des plaintes est partagé ainsi que les suites données et les points de vigilance à retenir. Une procédure de déclaration des événements indésirables a été transmise à la mission. La procédure comporte une partie de rappel du cadre légal, et une partie "formulaire" dédiée à la description des faits et transmission aux autorités. La dernière partie concerne le plan d'action et le logigramme récapitulatif. Le logiciel [REDACTED] permet le suivi des déclarations. Remarque 7 : La procédure de déclaration des événement indésirables est à actualiser en indiquant le recours au nouveau formulaire dématérialisé sur le site https://demat.social.gouv.fr/commencer/signalereimedicosoc

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les procédures de déclaration en interne d'évènement indésirables sont-elles connues des professionnels ?	Oui	Les procédures de déclaration sont connues des professionnels salariés de l'établissement : la formation à la classification des différents EI a eu lieu en fin d'année 2024.
	Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?	Oui	Le protocole de signalement interne des événements indésirables et le protocole de déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables graves aux autorités administratives sont pour l'établissement un seul et unique document complet établi par l'organisme gestionnaire et commun à l'ensemble des établissements et des services de l'APEI Boucle de la Seine. Les procédures existent et sont connues des professionnels salariés de la structure. Le récapitulatif des événements indésirables recensés en 2023, 2024 et 2025 en précisant date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD, a bien été adressé à la mission et correspond aux EI signalés à l'ARS.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u>		
	Une procédure de suivi et d'analyse des EI : - Est-elle formalisée ?	Oui	
	- Permet-elle le remplissage du volet 2 de la déclaration des EI à l'ARS ?	Oui	
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.5. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>		Entre 2023 et 2025, l'établissement a déclaré 19 événements indésirables graves ou dysfonctionnements aux autorités administratives.
	Les EIG sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS)	Oui	

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

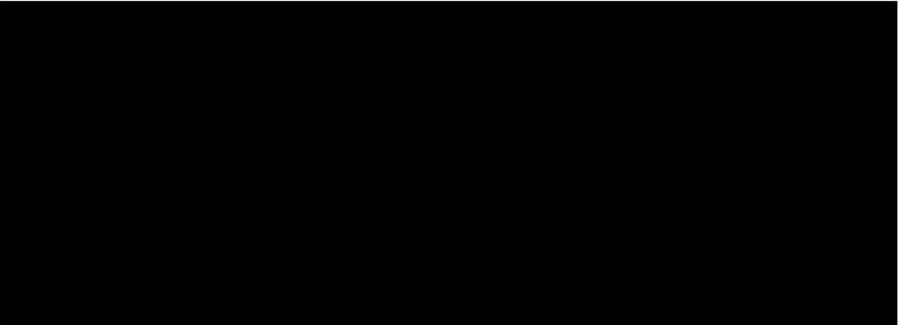
Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u>		
	La composition de l'équipe pluri-professionnelle répond-elle aux exigences réglementaires ? Réf. : Art D. 344-5-13 CASF Professions de santé mobilisées? Pluridisciplinarité avec des compétences dans les domaines médical, paramédical ? Des intervenants extérieurs par convention ? Diplômes Ref : D344-5-12 CASF (Composition équipe pluridisciplinaire) D344-5-11 CASF (Missions équipe pluridisciplinaire) D.344-5-2 CASF (Besoins de prise en charge)		La composition prévue de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement permet de couvrir l'éventail des compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, éducatif et social et de la rééducation, conformément à l'article D 344-5-12 du CASF. Toutefois les vacances prolongées des postes de kinésithérapeute et d'ergothérapeute ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins des résidents. Ces missions ne font toutefois pas partie des professionnels dont la présence est obligatoire dans un EAM au regard de la rédaction de l'article D 344-5-13 du CASF. Après entretien, il apparaît que des séances de kinésithérapie sont proposées aux résidents via un professionnel libéral et l'équivalent de [REDACTED] serait dispensé par un kiné salarié. Cette information n'est toutefois pas corroborée par les documents écrits transmis.
	Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comportent au moins : Article D344-5-13		
	- Un médecin généraliste ;	Non	Les résidents sont suivis par un médecin traitant. Ils ont tous le même médecin généraliste (sauf une personne). Ce médecin ne figure pas aux effectifs salariés de la structure, et aucun contrat d'exercice pour les professionnels médicaux libéraux n'a été transmis à la mission.
	- Educateur spécialisé ; - Moniteur éducateur ; - Assistant de service social ; - Psychologue ; - Infirmier ; - Aide-soignant ; - Aide médico-psychologique ; - Auxiliaire de vie sociale ; Selon les besoins des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, des membres des professions suivantes :	Oui Oui ? Non Oui Oui Oui Oui	Les professionnels éducatifs sont respectivement la chef de service éducatif et les coordinateurs d'unités de vie qui sont soit éducateur spécialisé, soit moniteur éducateur. La psychologue exerce à hauteur de [REDACTED] Les professionnels sont soit AMP (ancien diplôme, remplacé depuis 2016 par le diplôme AES), soit Accompagnant éducatif et social (AES). Dans la structure, ce sont les ASI : agent de service intérieur en charge du ménage et de la lingerie.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires					
	- Psychiatre ; - Autres médecins qualifiés spécialistes ; - Kinésithérapeute ; - Psychomotricien ; - Ergothérapeute ;	Oui	Le médecin psychiatre est salarié à hauteur de [REDACTED]					
		Non	Le poste de kinésithérapeute est budgété pour [REDACTED], mais le poste est vacant selon les documents remis à la mission. L'entretien avec le kinésithérapeute libéral exerçant au sein de la structure a permis de préciser que sa présence au sein de celle-ci est de [REDACTED] à savoir du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30. Selon entretien, un deuxième kinésithérapeute intervient en tant que salarié avec une présence au sein de la structure deux matinées par semaine (i.e. mardi, vendredi). Il s'agit d'une apprentie psychomotricienne. Le poste d'ergothérapeute est budgété à hauteur [REDACTED], mais le poste est actuellement vacant.					
		Oui						
		Non						
	- Orthophoniste ;	Non						
	- Orthoptiste ;	Non						
	- Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées ;	Non						
	- Diététicien ;	Non						
	- Professeur d'éducation physique et sportive ou éducateur sportif ;	Non						
- Animateur	Non							
Recours à des intervenants extérieurs par convention ?	Oui	Selon les entretiens, un podologue intervient dans l'établissement ainsi qu'un ostéopathe, mais aucune convention n'a été transmise à la mission. En revanche, des conventions anciennes ont été transmises pour un kinésithérapeute libéral (convention de mai 2020), du temps d'ergothérapie à hauteur [REDACTED] (février 2023) et une orthophoniste libérale (juin 2023). Les conventions n'ont pas de durée, uniquement des clauses de résiliation.						
	Taux d'encadrement		Selon les données de la DRESS, enquête ES handicap de 2022, le taux moyen d'encadrement à la place pour un foyer d'accueil médicalisé est de 1,07 ETP par place. Le FAM les Roseaux comprend 32 places en hébergement permanent, ce qui représente 32 places *1,07= 34,24 ETP					
	Taux d'encadrement à la place, selon le type de structure. Sources > DREES, Enquête ES-Handicap 2022.							
	<table><tr><td colspan="3">2022</td><td rowspan="2">Évolution entre 2018 et 2022 du</td></tr><tr><td>Personnel en effectifs</td><td>Personnel en équivalent temps plein (ETP)</td><td>ETP par place</td></tr></table>			2022			Évolution entre 2018 et 2022 du	Personnel en effectifs
2022			Évolution entre 2018 et 2022 du					
Personnel en effectifs	Personnel en équivalent temps plein (ETP)	ETP par place						

Sous-thème IGAS	Points de contrôle				Conformité	Observations ou commentaires
				personnel en ETP (en %)		
	Ensemble des structures	343100	270 300	0,51	4,9	Selon entretien, l'organisation cible se calcule à partir des effectifs CDI auxquels se rajoutent les postes vacants. D'après la liste du personnel en CDI et des postes à pourvoir, transmise par l'établissement, les effectifs cibles sont de : Personnels en CDI : ■ personnes pour ■ Postes à pourvoir ■ postes temps plein, 1 poste d'ergothérapeute à ■ ETP et un poste de kinésithérapeute à ■ TP, soit ■ ETP. Effectifs cible= ■ ETP en CDI + ■ ETP vacants= ■ ETP donc la cible à ■ pour les 32 places d'hébergement se situe au-dessus du taux moyen d'encadrement en FAM. Toutefois, ce ratio d'encadrement est calculé sans considération d'effets de seuil liés à la taille des établissements et ne distingue pas les besoins réels d'encadrement par rapport aux typologies de handicaps des résidents accueillis.
	Structures pour enfants	131000	99 900	0,57	6,3	
	Structures pour adultes	211400	169 600	0,48	3,7	
	Foyers et établissements d'accueil non médicalisés	71500	56 600	0,59	0,9	
	Maisons d'accueil spécialisées	44500	38 300	1,22	5,8	
	Foyers d'accueil médicalisés et établissements d'accueil médicalisés	41800	34 500	1,07	8,2	
	Établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés	500	300	0,54	- 25,0	
	Établissements expérimentaux pour adultes handicapés	700	500	0,28	- 50,0	
	Services d'accompagnement à la vie sociale	9100	5 700	0,12	7,6	
	Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés	6300	3 900	0,29	14,7	
	Établissements expérimentaux pour personnes handicapées et lieux de vie ¹	800	600	0,36	ns	
	1. Les établissements expérimentaux pour enfants et ceux pour adultes sont progressivement remplacés par les établissements expérimentaux pour personnes handicapées. Lecture > Au 31 décembre 2022, 6 300 personnes travaillent dans les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Cela représente 3 900 ETP, soit une hausse de 14,7 % par rapport à 2018. Le nombre d'ETP par place est de 0,29. Champ > Établissements et services pour personnes handicapées, France. Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018 et 2022.					
	2.1.2. Qualifications Les personnels sont-ils qualifiés ? Réf. : Art L. 312-1 CASF (II)					

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.1.3. Les postes vacants sur la structure		La mission note qu'une assistante de vie aux familles (ADVF) en CDD (son dernier CDD se terminant au 30 avril 2025) a été embauchée en tant qu'AES. Une titulaire en CDI, assistante de vie aux familles fait également office d'AES. Même si un ADVF possède des compétences proches (accompagnement, aide à la toilette, soutien social), il n'est pas habilité à exercer les missions d'un AES en établissement, sauf s'il a obtenu le DEAES ou une reconnaissance officielle via la VAE : Cf écart n°7. Pour les ■ salariées AMP/AES en CDI, 3 diplômes n'ont pas été transmis (un concerne l'assistante de vie aux familles et deux des professionnels en maladie et en formation). Pour les AS, 2 diplômes sur ■ salariés en CDI n'ont pas été transmis et concernent également des salariés absents (en formation diplômante IDE). Il en ressort que les personnels sont qualifiés, à deux exceptions près. L'établissement n'ayant pas été en mesure de transmettre les diplômes des professionnels en absence longue, la mission en déduit que la tenue des dossiers des personnels ne comprend pas systématiquement les diplômes.
	Y a-t-il des postes vacants sur la structure ? Quels sont les profils et l'effectif des postes vacants au jour de l'inspection ?	Choisir	Le taux d'ETP vacants au 31 décembre 2023 est de ■ % (source tableau de bord de la performance) dont ■ % sur la fonction soins et ■ % sur la fonction socio-éducative. Cela représente ■ ETP vacants ■ ETP sur le soin ■ ETP sur la fonction socio-éducative. Profils et effectifs des postes vacants : Selon la liste transmise : Sont vacants les postes suivants <u>sur le soin</u> : ■ <u>Sur la fonction socio-éducative</u>, ■. A noter que lors de la visite sur site, ce sont ■ postes vacants d'AS de jour qui ont été déclarés. Le différentiel peut potentiellement s'expliquer par des professionnels en arrêt-maladie long et en formation. Remarque 8 : Plusieurs postes sont durablement vacants sur les fonctions soins et socio-éducatives, ce qui est susceptible de compromettre la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Comment sont compensés les postes vacants ?		Selon le rapport EPRD 2024, l'OG indique [REDACTED] » En pratique, les remplacements courts passent par [REDACTED] ou une société d'intérim, et les CDD longs sont des contrats avec l'APEI Boucle de la Seine.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.4. <u>Les contrats de travail</u> Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif au jour de l'inspection ? La proportion d'ETP en CDD et intérimaires est-elle < à 50% des ETP en CDI ?	Oui	Selon les données Hélios, le nombre de CDD de remplacement s'est élevé à [REDACTED] en 2023 au sein du FAM les Roseaux (versus [REDACTED] en 2022). En parallèle, le nombre d'ETP total s'est élevé à [REDACTED] ETP en 2023 ([REDACTED] en 2022). Depuis 2024, comme vu plus haut, l'établissement fait appel à de l'intérim via la coopérative d'emploi [REDACTED]. Une autre société d'intérim peut être sollicitée en particulier pour les IDE et parfois les AS, mais de façon marginale afin de limiter les surcouts. La proportion d'ETP en CDI est supérieure à celle des ETP en CDD et intérimaire.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>Le taux d'absentéisme des professionnels</u> Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ?	Oui	Les données des tableaux de bord de la performance de la campagne 2024 (sur données 2023) font état d'indicateurs plus élevés que la médiane régionale sur les taux d'absentéisme et de rotation qui se sont dégradés par rapport aux données de l'année précédente (figurant dans le colonne de droite dans les tableaux). Le taux d'absentéisme de l'établissement est de [REDACTED] versus 12,29 en médiane.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quel est le taux d'absentéisme sur les 12 derniers mois ?		<u>Document 5.</u> Extrait des tableaux de bord de la performance- campagne 2024 sur données 2023- taux d'absentéisme et taux de rotation sur année N et N-1 
	Comparatif du taux d'absentéisme sur les 3 dernières années ?		<u>Document 6.</u> Extrait des tableaux de bord de la performance- campagne 2024 sur données 2023- répartition absentéisme par motif sur année N et N-1 
	Quels sont les motifs d'absentéisme et leur proportion ?		Le taux de maladie ordinaire de courte durée est faible, ce qui signifie peu d'absentéisme imprévisible. Le taux maladie de moyenne durée est élevé, suivi du taux des accidents du travail/ maladie professionnelle et taux maladie longue durée.
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Le taux de rotation des professionnels</u> Le taux de rotation des professionnels excède-t-il le taux médian régional ?	Oui	Le taux de rotation est de [REDACTED] versus 16,54 en médiane régionale, selon les données du tableau de bord de la performance, campagne 2024 sur données 2023.
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u> Les professionnels de la structure possèdent-ils les diplômes nécessaires à l'exercice de leurs compétences ?	Choisir	L'analyse des diplômes a été faite au point 2.1.2 du rapport à partir des documents scannés par l'établissement. Les diplômes des professionnels en arrêt maladie long et en formation diplômante n'ont pas été transmis à la mission.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Selon entretiens, une infirmière libérale passe deux fois par jour pour 2 résidentes avec une gastrostomie.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>Le plan de formation des professionnels</u> Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ? <i>Article D344-5-10, 2°) Formation continue et soutien permanent des professionnels</i> <i>Article D344-5-16 Partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques.</i> Y-a-t-il des formations en internes au sein de la structure ?	Partielle ment Non	L'établissement n'a transmis aucun élément sur le plan de formation au titre de 2025. Seules les formations 2023 et 2024 ont été communiquées. Pour les ■ salariés il y a eu ■ actions de formations en 2023, en individuel ou en groupe sur des sujets fondamentaux pour le travail en EAM. On remarque que la grande majorité des formations sont des formations collectives qui portent tant sur les formations obligatoires liées à la sécurité incendie (SSI), aux gestes d'urgence (AFGSU niveau 2 ; SST) que des formations axées sur la bientraitance, la référence qualité et démarche d'amélioration continue de la qualité, certificat labellisation établissement bientraitant, tutorat paramédical et les groupes d'analyses de pratiques professionnelles tant pour l'équipe de direction que pour les professionnels AS-AES et ASI. Sur 2023, les formations collectives portent aussi sur les troubles de la déglutition, la gestion de la douleur, le PRAP2S, la fin de vie et soins palliatifs et la nutrition. Plusieurs professionnels sont engagés dans des formations individuelles diplômantes ■ AS-AES pour devenir IDE. Les autres formations individuelles restent marginales et sont en lien avec les outils de diagnostic ou d'évaluation du spectre autistique. Remarque 10 : Le plan de formation 2025 n'a pas été produit, ce qui ne permet pas d'attester de la mobilisation des moyens propres à assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels sur l'année 2025, contrairement aux années précédentes. Cette situation, si elle n'est pas corrigée d'ici la fin de l'année est susceptible de contrevenir à l'article D 344-5-10 du CASF. Il semblerait que les formations soient exclusivement proposées par des prestataires externes et qu'il n'y ait pas de mini-formations en interne. Cette situation peut s'expliquer par la vacance du poste d'IDEC.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y-a-t-il des professionnels en VAE actuellement ? Les professionnels ont-ils accès aux formations relatives: - Aux gestes d'urgence (AFGSU), - A la sécurité incendie, - Aux situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU SSE), - A la sécurité et santé mentale du travailleur (issu notamment du DUERP), - A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance, - Aux troubles du comportement et/ou sensoriels, - Aux « comportements problèmes », - Aux communication alternatives (Makaton, PECS, ...).	Oui Oui Oui Non Non Oui Non Non Partielle ment	Remarque 11 : L'absence de mini-formations proposées en interne et l'absence de formation à la gestion des comportements problèmes et à la communication alternative augmentée ne permet pas d'outiller correctement les professionnels face à des comportements problèmes. Formation prévue au plan de formation mais non réalisée
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u> Existe-t-il une procédure d'accueil des nouveaux professionnels ? Encadrement et intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service. <i>Article D344-5-14 al 2 L'établissement ou le service a une mission de transmission des savoirs, d'encadrement et d'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service</i>	Oui	Plusieurs documents en lien avec la procédure d'accueil des nouveaux arrivants ont été adressés à la mission. Ces documents relèvent tant de procédures du siège associatif que de procédures propres à l'établissement. Un livret d'accueil de l'APEI Boucle de la Seine est remis aux nouveaux arrivants ainsi qu'un livret de fonctionnement du FAM les Roseaux. Ce dernier, actualisé au 5 mai 2025, comprend le déroulement-type d'une journée dans l'établissement et présente les résidents par étage avec leurs photos, date de naissance, régime alimentaire et des indications pour la toilette, les transferts, les protections, les temps de repos. Est ensuite présentée la répartition du travail des professionnels à chaque étage en fonction du nombre de salariés présents [REDACTED] salariés. Les nouveaux salariés ou vacataires sont mis en binôme avec un professionnel plus ancien.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.11. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u> Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que : - Réunions d'équipe/service/secteur ;	Oui	Des groupes d'Analyses de Pratiques sont réalisés par un cabinet extérieur.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Réunions Direction/professionnels, - Réunion de direction (direction/chef de service)	Oui	La direction fait des CODIR avec le chef de service, l'IDEC (ou faisant fonction) et la secrétaire de direction tous les lundi. Les sujets abordés portent notamment sur les difficultés rencontrées avec les résidents ou les salariés, les projets à mettre en œuvre. Le compte-rendu est établi par la directrice et envoyé par courriel aux membres du CODIR. Le chef de service fait des réunions le mardi : Les réunions d'équipe ont lieu chaque mardi après-midi et réunissent : les soignants (e.g. coordinatrice des soins, AS, AES, IDE), les coordonnateurs, la cheffe du service, les éducateurs, la psychologue et la psychiatre. La réunion commence à 14h15 et prend fin à 16h30. Les sujets abordés portent notamment sur : des informations à diffuser auprès des cadres, des problèmes que les cadres rencontrent dans leur pratique quotidienne. Un compte-rendu est dressé par un coordonnateur et déposé dans un espace numérique auquel tous les professionnels de la structure ont accès. Les réunions cliniques qui ont lieu mardi après-midi une fois par mois voire une fois tous les deux mois regroupent : la psychiatre, la psychologue, la cheffe de service, la cadre de santé, les IDE, les AS, et les éducateurs. Elles sont animées selon les sujets abordés par : la psychiatre, la psychologue et la cadre de santé. Les sujets abordés portent sur : les informations médicales qui nécessitent d'être partagées, les problématiques de santé posées par les résidents aux AS et AVS. Un compte-rendu est dressé par l'animateur de la réunion et partagé avec tous les salariés. Les réunions de synthèse relatives à l'élaboration ou la réévaluation des projets d'accompagnement personnalisés se déroulent selon un calendrier établi par la psychologue et la cheffe de service. La fréquence de ces réunions permet à l'équipe soignante de réaliser pour chaque résident son projet initial ou le renouvellement annuel du projet élaboré précédemment. Lors d'une réunion un à deux projets sont présentés selon le degré de complexité du dossier analysé. Une fois par mois a lieu une réunion institutionnelle animée par la direction avec l'ensemble des salariés. Réunion avec le personnel de nuit 1 fois tous les deux mois.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Globalement, les plannings, réalisés et prévisionnels, sont-ils cohérents avec l'organisation générale de la structure ?	Oui	- Les ASI sont au nombre de [] du lundi au mercredi, elles sont [] jeudi mais s [] vendredi [] le WE. - Les AS/AES sont de [] matin et soir dans la semaine. Les plannings n'indiquent pas les pauses du personnel. En revanche, au regard des horaires d'arrivée du personnel de jour (7h du matin au plus tôt) et ceux de départ des AS de nuit (7h du matin à l'exception du lundi où l'un des professionnels était sur un horaire de 23h30 à 10h30), il n'y a pas de chevauchement des équipes pour permettre un temps de transmission orale, contrairement à ce qui a été indiqué en entretien. Le temps de transmission est possible entre les équipes du matin et celles de l'après-midi à 14h et entre celles du soir et celles de la nuit. Écart 9 : L'absence de chevauchement des équipes le matin n'octroyant pas un temps systématiquement dédié aux transmissions entre équipes de nuit et de jour est contraire à la sécurisation des prises en charge en soins des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.15. <u>Les fiches de poste des professionnels</u> Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées et signées ? Existe-t-il des fiches de poste ou fiche métier pour les personnels ? Sont-elles adaptées ? - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...? Réf. : Recommandation ANESM "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance"- Décembre 2008 (§ II.1.1., pp. 22 et suiv.) Les fiches de poste comportent-elle : - Description des fonctions, - Lien hiérarchique,	Partielle ment Oui Oui	Les fiches de poste ont été transmises pour les IDE, le coordinateur, les AS et AES. Les fiches de postes pour AS de nuit n'ont pas été transmises. La distinction entre les AS et AES est minime et concerne in fine la recherche de la douleur. En ce qui concerne l'aide à la prise du médicament, il n'y a pas de distinction.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Horaires de travail, - Prévention et gestion des risques en lien avec le poste.	Non Oui	
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.16. Les glissements de tâches Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?	Choisir	En pratique, et dans les plannings, il n'y a pas de distinction entre les professionnels diplômés AES et les AS, de fait, il y a potentiellement un glissement de tâche même si les fiches de poste diffèrent légèrement. Par ailleurs, une assistante de vie aux familles en CDI fait fonction d'AES : Cf. écart partie 2.1.7 du rapport. Remarque 12 : Les professionnels sont amenés à réaliser les mêmes tâches alors qu'ils ont des qualifications différentes, contexte qui entraîne un décalage entre les tâches réalisées et les compétences requises.

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP) Un registre unique du personnel est-il tenu à jour	Oui	L'établissement a transmis à la mission un registre du personnel sous format [REDACTED]
2.3. Gestion d'information	2.2.2. Le registre des entrées et sorties des usagers Le registre des entrées et sorties existe-il ? Le registre des entrées et sortie est-il signé par le maire ?	Non Non	L'établissement n'a pas transmis le registre des entrée/sortie des résidents. Il tient à jour une liste des entrées. A la date de l'inspection [REDACTED] résidents sont présents, [REDACTED] Écart 10 : L'absence de registre des entrée et sorties paraphé par le maire contrevient aux dispositions des article L331-2 et R331-5 du CASF.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u> Un dossier est-il tenu à jour pour chaque usager ?	Partiellement	Les dossiers des résidents sont organisés au moyen de 6 ou 7 pochettes (fiche de renseignement, tutelles, CPAM, Mutuelle vide, DVS, documents administratifs avec avenants au contrat et autres pièces). L'étude d'un échantillon de 3 dossiers soit 10% des résidents montre le caractère incomplet et disparate de la tenue des dossiers. Ils peuvent contenir des pièces originales de type CNI et carte d'invalidité ou des pièces médicales de type certificat médical et carnet de santé. La désignation de médecin traitant n'est pas systématique. De même, le caractère systématique de la proposition de désignation du tiers digne de confiance n'est pas assuré. Remarque 13 : La tenue des dossiers administratifs des résidents est incomplète et disparate
2.3. Gestion d'information	2.2.4. <u>La complétude des dossiers médicaux</u> La traçabilité des interventions des professionnels de soins est-elle effective ?	Partiellement	Introduction & échantillonnage Les dossiers médicaux de l'EAM Les Roseaux sont disponibles actuellement sous deux formats : papier et numérisé. La mise en place du dossier médical numérisé [REDACTED] date du mois de février 2025, soit deux à trois mois avant la date d'inspection. Les professionnels renseignent actuellement dans le dossier numérisé une partie des informations médicales recueillies avant sa mise en place, informations qui sont disponibles dans le dossier médical papier. Ce dernier est voué à ne plus être utilisé pour la prise en charge des résidents accompagnés. Ainsi, six dossiers médicaux papier ont été analysés sur place le jour de l'inspection. Par ailleurs, dix dossiers médicaux informatisés (comprenant les résidents des 6 dossiers papier) ont été également étudiés au moyen d'une connexion à distance dans les suites de l'inspection sur site. Ces six dossiers informatisés ont été étudiés dans leur intégralité (i.e. dossier papier, dossier numérisé). Quatre autres dossiers informatisés ont été en outre choisis au hasard parmi les autres résidents non inclus dans la première sélection réalisée sur site le jour de l'inspection. Structuration de l'analyse de la complétude des dossiers médicaux L'étude des dossiers médicaux papier et numérisés s'est appuyée sur trois composantes : 1) L'analyse des informations recueillies à l'admission : ○ Antécédents personnels et familiaux ; ○ Allergies ; ○ Traitement médicamenteux administré au jour de l'entrée dans la structure ; ○ Examen clinique ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			○ Evaluation de l'autonomie du résident pour les actes de la vie quotidienne. 2) L'analyse des informations recueillies tout au long du suivi : ○ Consignation des examens cliniques réalisés régulièrement même en l'absence d'un symptôme ou un signe d'appel de maladie ; ○ Présence d'un suivi plus rapproché en cas d'apparition d'une nouvelle pathologie ou d'une décompensation d'une pathologie existante. 3) L'analyse de la traçabilité des synthèses médicales annuelles. Par ailleurs, l'analyse des dossiers médicaux numérisés a inclut l'étude de quatre éléments supplémentaires : 1) L'évaluation et la traçabilité du suivi pondéral et notamment du calcul mensuel de l'indice de masse corporelle (i.e. IMC) ; 2) L'évaluation de la traçabilité et de la pertinence des prescriptions de régime et de texture alimentaires ; 3) L'évaluation de la conformité des prescriptions médicamenteuses ; 4) L'élaboration pour chaque résident d'un projet d'accompagnement individualisé (i.e. PAI). Résultats et conclusion de l'analyse de la complétude des dossiers médicaux Caractéristiques de l'échantillon d'étude L'échantillon analysé présente les caractéristiques suivantes : ○ Son âge moyen est de 52,3 ans (étendue 40 à 64 ans, âge médian 52 ans) ; ○ La répartition par sexe est équiprobable ; ○ Tous les résidents ont une déficience intellectuelle, dont huit d'entre eux ont un polyhandicap et neuf un trouble psychiatrique associé. Neuf résidents présentent un trouble du comportement ou de communication associé et huit ont un déficit moteur associé ; ○ La durée moyenne de leur prise en charge au sein de l'EAM Les Roseaux est de 25 ans (étendue 3 à 32 ans, médiane 27,5 ans). Complétude des données médicales à l'admission Tous les dossiers médicaux papier comportent : les antécédents personnels des résidents, leur statut relatif à la survenue des allergies, leur traitement médicamenteux et l'évaluation de l'autonomie du résident pour les actes de la vie quotidienne (e.g. communication, vie psychique, motricité, sommeil, alimentation).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Il convient de noter qu'un examen clinique par appareils et systèmes (e.g. neurologique, respiratoire, cardio-vasculaire, abdominal) n'est renseigné à l'admission du résident dans aucun des dossiers consultés. Cet examen est important non seulement pour apprécier l'état clinique du résident au moment de sa réalisation, mais également comme point clinique de départ dans le suivi pluriannuel des résidents accompagnés au sein de la structure. Une analyse plus détaillée est présentée ci-dessous. Elle porte sur la réalisation d'une appréciation de l'évaluation pluriprofessionnelle coordonnée à l'admission. Analyse des caractéristiques de la traçabilité de la prise en charge de suivi des résidents Cette analyse a été menée sur le support numérisé des dossiers médicaux. Ainsi, sur les six derniers mois (i.e. février à juillet 2025) seuls cinq résidents accompagnés avaient entre 2 et 3 observations de suivi sur cette période. La plupart de ces observations sont en rapport avec la survenue d'un événement clinique intercurrent. Remarque 14 : La traçabilité des observations cliniques de suivi, lorsqu'elle est présente dans le dossier médical informatisé, est fréquemment en rapport avec un événement clinique intercurrent. Analyse des plans des soins Un plan des soins est renseigné pour chacun des dix résidents accompagnés faisant partie de l'échantillon d'analyse de la complétude des dossiers médicaux. Nous y retrouvons notamment : les constantes à évaluer régulièrement, le régime et la texture alimentaires, l'élimination, les soins corporels, les soins buccodentaires et les heures de distribution des médicaments. Il convient de préciser que les traitements médicamenteux ne sont pas encore saisis dans le dossier médical numérisé des résidents. Remarque 15 : Les traitements médicamenteux des résidents ne sont pas encore consignés dans leurs dossiers médicaux informatisés. La dispersion de l'information utile à la prise d'une décision médicale ne permet pas une prise en charge optimisée en lien avec les interventions des soignants de la plateforme EPOCA. Le fait de renseigner les traitements médicamenteux et de rééducation actuels dans les dossiers médicaux numérisés, facilitera l'intervention des équipes soignantes de la plateforme [REDACTED], car l'accès à l'information médicale complète des résidents sera effectif. Les entretiens menés permettent en revanche de préciser que les plans de soins utilisés actuellement dans la structure sont sous format papier. Ils comportent plusieurs volets dont : l'alimentation, la communication, le confort, les déplacements, l'élimination, l'habillement, l'hygiène,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			les médicaments, l'organisation, les pansements, la sécurité, les soins techniques, les transferts et les relevés. Toutefois, comme évoqué ci-dessus, l'analyse des dix dossiers médicaux numérisés a mis en évidence des plans de soins dématérialisés.
	Évaluation pluri-professionnelle coordonnée est formalisée et tracée dans le dossier médical du résident ? Est-elle régulièrement réévaluée ? Article D344-5-11		L'analyse de l'évaluation pluriprofessionnelle coordonnée a été réalisée à partir des six dossiers médicaux papier, sachant que la dernière admission d'un résident au sein de la structure date d'il y a trois ans dans l'échantillon sélectionné. L'évaluation pluriprofessionnelle initiale, réalisée dans les premiers jours suivant l'admission du nouveau résident au sein de la structure, comporte l'intervention des deux médecins (i.e. médecin généraliste, psychiatre), du psychologue, du kinésithérapeute et des soignants (e.g. infirmiers, aides-soignants). Le kinésithérapeute reçoit de l'un des deux médecins cités précédemment une ordonnance lui indiquant d'une part d'évaluer les compétences motrices du nouveau résident, et d'autre part de démarrer la rééducation motrice lorsque celle-ci lui est indiquée. Ce professionnel rend par écrit aux deux médecins les conclusions de son bilan. La traçabilité de cette évaluation pluriprofessionnelle dans les dossiers médicaux papier se concrétise par le renseignement de la fiche de liaison propre à chaque résident. Toutefois, comme évoqué ci-dessus, la traçabilité de l'examen clinique initial du résident réalisé par le médecin lors de son l'admission dans la structure n'est consignée dans aucun des six dossiers étudiés. Par ailleurs, la traçabilité de la survenue d'un événement clinique aigu est assurée exclusivement pour deux situations : un trouble du comportement, une crise d'épilepsie. La traçabilité régulière des examens cliniques de suivi n'est pas effective. En somme, la traçabilité de l'évaluation pluriprofessionnelle coordonnée à l'admission n'est qu'indirectement consignée dans la fiche de liaison de chaque résident accompagné, et dans la fiche de synthèse des évaluations kinésithérapiques.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 11 : La traçabilité de l'évaluation pluriprofessionnelle coordonnée à l'admission est effective seulement en partie (i.e. renseignement de la fiche de liaison, synthèse de l'évaluation kinésithérapique initiale), contexte qui contrevient aux dispositions de <u>l'article D344-5-11 (1°) du CASF</u>¹⁸.
	Synthèse médicale datant de moins de 1 an présente dans les dossiers médicaux		La traçabilité de la synthèse médicale annuelle a été recherchée exclusivement dans les six dossiers médicaux papier, compte tenu du fait que les dossiers médicaux numérisés sont renseignés pas les professionnels depuis le mois de février 2025. L'analyse des six dossiers médicaux papier inclus dans l'échantillon d'étude conduit au constat que dans aucun de ces dossiers n'est consignée une synthèse médicale annuelle. Écart 12 : La synthèse médicale annuelle n'est ni réalisée, ni tracée dans les dossiers médicaux analysés, contexte qui contrevient aux dispositions de <u>l'article D344-5-11 (2°) du CASF</u>¹⁹. La communication annuelle de ce document aux familles ou aux représentants légaux le cas échéant est également à prévoir conformément aux dispositions du même article.
	DLU identifié classé ou possibilité d'édition du DLU ²⁰ ? Article D344-5-8	Partiellement	Chaque résident dispose d'un classeur de liaison d'urgence (DLU) comportant six parties, à savoir : fiche de renseignements administratifs, fiche de liaison, prescriptions médicales, résultats du laboratoire, résultats de l'imagerie, comptes rendus d'hospitalisation récents. Outre ces documents, le médecin renseigne également une fiche de liaison d'un adressage en urgence.

¹⁸ [Article D344-5-11 \(1°\) du CASF](#) : « La composition et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire permettent la réalisation de chaque accompagnement individualisé défini dans les contrats de séjour, en cohérence avec le projet d'établissement ou de service.

A ce titre, l'équipe pluridisciplinaire :

1° *Dresse dès l'admission un bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne* ; »

¹⁹ [Article D344-5-11 \(2°\) du CASF](#) : « La composition et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire permettent la réalisation de chaque accompagnement individualisé défini dans les contrats de séjour, en cohérence avec le projet d'établissement ou de service.

A ce titre, l'équipe pluridisciplinaire :

2° *Veille à l'actualisation de ce bilan [pluridisciplinaire] dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur* ; »

²⁰ Si urgence la nuit, DLU prêt ou édition extemporanée ? par qui ? Quels droits d'accès ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			La tenue à jour de ces classeurs est assurée par les infirmiers. Elle a lieu d'une part lorsque l'évolution de l'état clinique du résident l'impose et d'autre part lorsque le renouvellement de son ordonnance est réalisé. Le DLU sera bientôt dématérialisé par sa saisie dans le logiciel [REDACTED] Il convient de préciser que les différentes parties du classeur de liaison ne comportent pas actuellement les soins paramédicaux quotidiens prévus pour chaque résident. Écart 13 : Le classeur qui constitue le DLU pour chaque résident ne comporte pas actuellement une fiche des soins paramédicaux quotidiens, contexte qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-8 (3°) du CASF²¹.
	Il existe un projet de soins dans un dossier médical/de soins, avec objectifs et échéances ? Existe-t-il un plan de soin individualisé²² ? Cibles ou diagnostics infirmiers/soins Traçabilité des réalisations et possibilité d'édition du taux de réalisation Référent identifié ? Article R4311-5, 19°) CSP Article L311-3, 3°) CASF Article D344-5-11 CASF	Non Oui	La présence des projets de soins dans les dossiers médicaux papier et numérisés sélectionnés n'est pas effective. Les plans de soins ont été présentés ci-dessus, dans le cadre du même point de contrôle. Écart 14 : Les projets de soins des résidents accompagnés, établis avec le concours de l'équipe pluriprofessionnelle, n'ont pas été retrouvés dans les dossiers médicaux papier et numérisés analysés. L'absence de leur élaboration nuit à la qualité de la prise en charge des résidents au sein de l'établissement et contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF²³.
	Il existe dans le dossier de soins un bilan de l'état buccal et dentaire du résident ? Dates des dernières mises à jour ?	Oui	Le suivi de l'état buccal et dentaire des résidents analysés était régulier avant 2021. Des fiches de suivi de l'état bucco-dentaire font partie de la constitution des dossiers médicaux papier. Leur analyse permet de constater que la plus récente consultation dentaire consignée dans les dossiers médicaux papier analysés date de 2021.

²¹ [Article D344-5-8 \(3°\) du CASF](#) : « Lorsque la personne accueillie ou accompagnée consulte un professionnel de santé ou est admise temporairement dans un établissement de santé ou est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées organisées dans les conditions prévues aux articles R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme, les établissements et services mentionnés à l'article D. 344-5-1 transmettent à l'établissement, au service ou au centre un dossier contenant :

3° Une fiche de liaison paramédicale indiquant les soins quotidiens et les éventuelles aides techniques dont la personne a besoin ; »

²² Edition du plan de soin d'une IDE, d'une AS, d'une AES, d'une veilleuse pour la semaine en cours

²³ [Article L311-3 \(3°\) du CASF](#) : « L'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 :

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 15 : En l'absence de suivi de l'état bucco-dentaire des résidents depuis 2021, l'établissement n'assure pas un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins, ce qui contrevient aux articles D 344-5-3 du CASF et L 1110-5 du CSP.
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur²⁴ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ? Article L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) Article L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) Article R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier et douleur) Article D344-5-3 CASF (L'établissement 4° Porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique) ; Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance :déclinaison d'une charte, HAS, 2012.		L'analyse de l'évaluation régulière de la douleur des résidents accompagnés au sein de l'EAM a été réalisée à partir des dix dossiers médicaux numérisés. Cette analyse a porté sur la période mars - août 2025. La recherche des résultats de l'évaluation de la douleur a été faite au moyen du logiciel [REDACTED] au niveau de l'onglet médical et de son sous-onglet « relevés ». Par ailleurs, aucun des dix résidents sélectionnés ne présentait une pathologie chronique entraînant des douleurs. Le suivi de la douleur sur la période d'étude était absent dans tous les dossiers analysés. Cependant, le suivi de leur état d'hydratation et de l'élimination y étaient consignés.
2.3. Gestion d'information	2.2.5. <u>Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</u>		Les dossiers médicaux papier ainsi que les classeurs utilisés comme DLU sont stockés dans l'infirmerie sur des étagères qui ne permettent pas d'assurer leur sécurisation. L'accès à l'infirmerie, qui est sécurisé, se fait par code connu par tous les soignants, les coordonnateurs et les agents de sécurité interne. Toutefois, les dossiers médicaux papier doivent être entreposés dans une armoire sécurisée par clé.

²⁴ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ? Article R4312-35 CSP (IDE DSI et protection données dossier de soins) Article R4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) Article L311-3, 4)°CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident)	Non	Écart 16 : Les dossiers médicaux papier et les classeurs utilisés comme DLU ne sont pas stockés dans un endroit sécurisé, contexte qui contrevient aux dispositions des articles L1110-4 I du CSP²⁵, L311-3 (4°) du CASF²⁶ et R4127-45 I du CSP²⁷.
	2.2.6. Le dossier de soins		
	Dossier paramédical ? diagnostic infirmier ? utilisé par tous les PDS ? codes nominatifs ? Article R4312-35 CSP (IDE DSI et protection données dossier de soins)		L'analyse des dossiers médicaux a été rendue possible par le fait que le médecin membre de la mission d'inspection a reçu un accès médical à distance pour étudier ces dossiers. A partir de cet accès médical, il est possible d'étudier l'onglet soins et l'onglet paramédical renseignés par les infirmiers et les aides-soignants de la structure. Les diagnostics qui s'affichent au niveau de l'onglet paramédical du logiciel [REDACTED] sont ceux qui y sont renseignés par les deux médecins de la structure. Avec un accès de médecin, les diagnostics infirmiers n'ont pas été retrouvés. Les soignants avec lesquels certains membres la mission s'est entretenue ont précisé que les codes d'accès au logiciel [REDACTED] sont nominatifs, et que l'accès est paramétré selon le statut de chaque professionnel exerçant au sein de la structure.

²⁵ [Article L1110-4 I du CSP](#) : « I.-**Toute personne prise en charge par** un professionnel de santé, **un établissement** ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des **familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.** »

²⁶ [Article L311-3 \(4°\) du CASF](#) : « L'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 :**

4° **La confidentialité des informations la concernant ;** »

²⁷ [Article R4127-45 I du CASF](#) : I. — « Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, **le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle** et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.7. <u>Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux</u> Les observations et bilans des intervenants extérieurs sont-ils tracés dans les dossiers des usagers ?	Oui	Les kinésithérapeutes assurent la traçabilité des examens kinésithérapiques initiaux et de suivi par le biais d'une fiche de suivi de kinésithérapie qui fait partie du dossier médical papier du résident. Par ailleurs, les infirmiers de la HAD, qui assurent l'administration entérale des nutriments pour les deux résidents ayant une gastrostomie, notent leurs interventions sur une fiche de traçabilité contenue dans le dossier médical papier de ces résidents. Les observations et les bilans des intervenants extérieurs sont consignés dans le dossier médical papier au moyen des fiches de suivi (e.g. kinésithérapie, contrôle gastrostomies). Lors de l'analyse des dossiers médicaux numérisés, les informations relatives à la prise en charge paramédicale (e.g. kinésithérapie, psychomotricité, psychologie) sont consignées dans l'onglet médical ou paramédical sous-onglet « synthèse ».

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u>		Le bâtiment est propre mais les sols sont usés et les locaux présentent un aspect vétuste et un besoin de rénovation. Un agent de service intérieur réalise l'entretien des sols lors de la visite. L'établissement est organisé sur 5 niveaux sur sous-sol : Sous-sol : buanderie, lingerie, réserve produits, ateliers, vestiaires femmes, cave-archives. Rez-de-chaussée : entrée, hall, bureau secrétariat, bureau direction, vestiaire cuisine, salle à manger/salle de réunion, cuisine. Etage 1 : 9 chambres 101 à 109, salon-salle d'activités avec office, 4 salles de bains communes pour les 9 résidents, réserve à médicaments, salle infirmerie et bureau IDEC ; Etage 2 : 9 chambres 201 à 209, salon-salle d'activités avec office, 4 salles de bains communes pour les 9 résidents ; Etage 3 : 9 chambres 301 à 309 salon-salle d'activités avec office, 4 salles de bains communes pour les 9 résidents ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	Partiellement	Etage 4 : 5 chambres 401 à 405. Les résidents de cet étage sont ensuite répartis entre les unités de vie des autres étages : 3 résidents font partie soit de l'unité de vie du 3ème étage et 2 résidents vont à l'unité de vie du 2ème étage. Toutes les salles de bain n'ont pas été renouvelées, et ce sujet est une préoccupation exprimée par les résidents. L'établissement ne dispose pas d'espace extérieur en dehors d'une terrasse accessible au dernier étage. Remarque 16 : L'entretien du bâtiment et spécialement des salles de bain n'est pas réalisé de façon optimale.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u> Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	non investigué	Lors du CVS du 20 février 2025, le gestionnaire indique ne pas avoir de nouvelles du bailleur [REDACTED] propriétaire des locaux. Les travaux de peinture dans l'établissement vont continuer à partir d'avril grâce à 2 journées de solidarité entreprise par [REDACTED]
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>L'accessibilité PMR des locaux</u> Les locaux sont-ils conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de : - Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ? Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptées aux handicaps des personnes accueillies ?	Oui Oui Partiellement	Les locaux sont desservis par 2 ascenseurs neufs récemment installés et qui desservent les 5 niveaux : rez-de-chaussée et les 4 étages de chambres. Les ascenseurs ne disposent pas de code pour fonctionner et sont utilisés par les résidents. Les couloirs sont équipés de barres d'appui.

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.4.1. Les chambres		
	Equipement de la chambre ? Article D312-159-2 CASF Annexe 2-3-1 CASF (Socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les ehpad).		Les 32 chambres sont organisées sur 4 niveaux et forment 3 unités portant chacune un nom de fleur. Les chambres sont équipées soit d'un lit médicalisé soit d'un grand lit (2 places) non médicalisé. Les placards contenant les vêtements des résidents sont situés dans les couloirs.
	Sécurités (fenêtres)		Les fenêtres sont sécurisées pour éviter tout risque de défenestration.
	Sanitaires et salles de bain individuels		Les chambres ne disposent pas de salle d'eau privative. Les toilettes sont effectuées en salle de bain commune sur un lit de douche le cas échéant.
	Sanitaires et salles de bain communs		Les salles de bain sont communes : en moyenne deux salles de bain pour 4 résidents. A noter que les portes coulissantes fermant les salles de bain ont été remplacés par des rideaux de douche jugés plus manipulables par les professionnels.
	Système d'appel malade : description, reports, fonctionnel, traçabilité des appels, audits réguliers, action corrective pour non réponses identifiées		Les chambres ne disposent pas d'un appel malade. Les résidents peuvent avoir recours à leur portable pour appeler les veilleurs de nuit. Il est à noter que l'établissement a néanmoins considéré la nécessité d'installer des appels-malades et a déposé une demande de financement en crédits non reconductibles auprès de l'ARS afin d'en installer. Ces crédits ont été accordés à l'établissement. L'absence de mise en œuvre des travaux plusieurs mois après l'obtention des CNR 2023 et 2024 affectés à cet effet interroge la mission. Écart 17 : En l'absence de mise en place d'appels-malades alors que des financements ont été sollicités et obtenus auprès de l'ARS à cet effet, l'établissement contrevient à l'article L 311-3 du CASF et aux notifications budgétaires qui lui ont été notifiées.
	Accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie Article D344-5-3 CASF		Les résidents sont accueillis dans des unités de vie comptant chacune 11-12 résidents.
	Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ; Article D344-5-3 CASF		
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.2. La circulation dans les locaux		
	Les ouvertures principales sont-elles automatisées ?	Oui	
	Les couloirs utilisés par les usagers sont-ils :		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les plus spacieux possibles, - Dépourvus de piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles ; - Constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol.	Non Oui non investigué	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. <u>La salle d'apaisement</u> La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait et l'apaisement des usagers ?	Non	Comme évoqué précédemment (point 1.4.10), en raison de la survenue exceptionnelle des troubles, [REDACTED] n'a jusqu'à présent pas estimé indispensable l'aménagement d'un tel espace.

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u> Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ? Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ? Le marquage des DASRI est-il conforme ?	Oui Oui Oui	Il ressort des entretiens menés avec les professionnels de la structure que la durée de stockage des DASRI est d'environ un mois. Les professionnels interviewés n'ont pas pu préciser le nom du prestataire d'enlèvement des DASRI. La communication aux membres de la mission d'inspection du contrat signé avec le prestataire permet de préciser que l'enlèvement mensuel des DASRI est assuré par [REDACTED] Le local d'entrée dans le circuit se trouve au niveau de l'infirmerie (1 ^{er} étage), où est entreposé le carton à DASRI. Sur ce carton est consigné le nom de l'établissement et sa date d'ouverture. Le local de collecte des DASRI est localisé au rez-de-chaussée, dans une toilette désaffectée. La signalétique afférente est apposée sur la porte d'entrée. Sa surface est d'environ 4 m². Le local comportait un système ventilation fonctionnel le jour de l'inspection. Ce local, qui est protégé des intempéries et de la chaleur, dispose d'une arrivée d'eau. Une cuvette de rétention n'existe pas au sein du local. Les parois et le sol ne sont pas facilement lavables.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.2. Les vaccinations des usagers		
	Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle	Oui	Selon les informations transmises par la direction de la structure à la mission d'inspection [REDACTED] ont été vaccinés lors de la campagne de vaccination antigrippale qui s'est déroulée à l'automne 2024 (taux de vaccination 93,75%).
	Inscription des vaccins administrés dans le carnet de santé		Non vérifié
	Recueil de l'accord des responsables légaux tracé		Non vérifié
2.5. Sécurités	2.5.3. L'aide à la prévention des chutes Des installations de lève-personne, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmerie ? Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : - barres d'appui systématiques - sièges fixes ?	Non	Il ressort des entretiens menés qu'un lève-personne est disponible par étage de prise en charge. Ce type de matériel n'est pas présent dans les locaux de rééducation, dans les sanitaires et dans l'infirmerie. Par ailleurs, deux verticalisateurs par étage de prise en charge des résidents sont également disponibles. Les couloirs sont prévus avec des systèmes d'aide à la prévention des chutes, notamment avec des barres d'appui.
2.5. Sécurités	2.5.4. La prévention des fugues La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues adapté l'âge du jeune ?	Oui	L'entrée de l'établissement est organisée avec un sas d'entrée équipé de détecteurs de mouvements et d'un interphone. La sortie est conditionnée par la saisie d'un code d'accès. Le bureau de la secrétaire est situé à proximité immédiate de l'entrée et aménagé de baie vitrée pour permettre la surveillance des allers-et-venues.
2.5. Sécurités	2.5.5. PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public Le PV de la commission émet-il un avis favorable ? Le cas échéant, les recommandations ont-elles été levées ?	Oui non investigué	L'établissement a transmis un procès-verbal de carence daté du 16/12/2021 établi par la commission communale de sécurité incendie et de prévention des risques de panique. Cependant la commission a émis un avis favorable à la poursuite de l'activité de l'établissement et a relevé 11 prescriptions. L'EAM les Roseaux est classé ERP de type J de 4ème catégorie. La visite périodique des ERP de cette catégorie est triennale aussi il est demandé à la direction de transmettre le dernier PV en vigueur afin d'identifier si les prescriptions ont bien été levées comme le mentionne les annotations en marge du PV de 2021. Remarque 17 : L'établissement n'a pas communiqué le dernier PV en vigueur de la CCSI dont la fréquence de visite est triennale.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. L'admission		Dans le cadre des entretiens menés lors de la mission, il a été indiqué que la dernière admission au sein de l'établissement avait été effectuée en juillet 2024 et qu'une place était vacante depuis décembre 2024, soit depuis 5 mois au moment de la mission. L'explication avancée pour justifier cette durée de vacance est la demande de la famille de réalisation de stage avant admission définitive dans l'établissement.
	Politique d'admission : existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? L'EAM utilise-t-il le dossier unique d'admission usager ? Si non, pourquoi ? Réf. : L. 241-6, L. 311-3, 2° et R 146-36 du CASF, https://www.iledefrance.ars.sante.fr/harmoniser-les-admissions-en-esms-en-ile-de-france et CPOM	Partiellement	La procédure d'admission d'un nouveau résident transmise à la mission est un document [REDACTED] qui n'est ni daté ni signé par ses rédacteurs. Les noms et les fonctions des rédacteurs ainsi que des personnes l'ayant vérifiée ou approuvée n'y sont pas consignés. La procédure est très succincte et comporte deux parties : une relative à la sélection des demandes réalisée par la commission d'admission associative (au siège de l'association), et la deuxième d'étude des demandes pré-sélectionnées par le siège par la commission d'admission de l'EAM Les Roseaux. La liste d'attente est constituée au niveau associatif. Remarque 18 : La procédure d'admission transmise est un document Word™ non daté, non signé. Les noms et fonctions des rédacteurs comme des personnes l'ayant vérifiée et approuvée n'y sont pas précisés.
	Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?	Oui	Il ressort des entretiens menés ainsi que du projet d'établissement (diapo 27) que le dossier d'admission CERFA est utilisé lors de cette étape de prise en charge des résidents ainsi que les demandes transmises VIA-TRAJECTOIRE.
	<u>Existe-t-il une commission d'admission ?</u> Si oui, sa composition et sa fréquence ou modalités d'organisation ? Si non, l'admission est-elle prononcée après avis des membres de l'équipe pluridisciplinaire ? Réf. : HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018	Oui	Comme évoqué ci-dessus, deux commissions d'admission successives statuent sur les demandes d'admission. 1° La <i>commission d'admission associative du siège de l'association</i> est constituée par : la direction, le cadre coordinateur, des IDE et un assistant social. La fréquence des réunions de cette commission dépend du nombre de demandes d'admission à étudier. C'est l'assistant social qui centralise les demandes reçues et qui établit les dates de réunion de la commission d'admission associative. 2° La <i>commission d'admission de l'EAM Les Roseaux</i> regroupe : le directeur, le psychiatre, le psychologue et le cadre éducatif. Chaque membre de cette commission étudie individuellement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<u>L'établissement a-t-il mis en place des critères propres d'admission ?</u> Si oui ces critères sont-ils géographiques ? Lié à l'autonomie dans les transports ? Liés au comportement de l'utilisateur ou à des motifs médicaux ? Réf. : D. 312-0-3, I du CASF <u>Les refus d'admission sont-ils tracés ?</u> Les refus d'admission sont-ils motivés auprès des familles ? Combien de refus ont-été réalisés après un stage d'observation ? Réf. : L. 241-6, III du CASF	Partiellement	les dossiers d'admission. A l'issue de leur analyse, une réunion est organisée habituellement mardi après-midi, lorsqu'un dossier d'admission doit être étudié. Le psychiatre, le psychologue, le cadre éducatif et le directeur échangent au sujet du dossier d'admission reçu et décident de son admission au sein de l'EAM Les Roseaux. Il ressort des entretiens menés que des critères d'admission sont définis et employés au sein de l'EAM Les Roseaux, mais ceux-ci ne font pas l'objet d'une formalisation dans un document.
	Qui donne son avis sur les dossiers d'admissions ? Y a-t-il une visite de préadmission pour l'utilisateur et sa famille ?	Oui	Il ressort des entretiens menés que les refus d'admission sont tracés et motivés auprès des usagers ayant sollicité une admission dans la structure. Dans la procédure d'admission, il n'est pas fait mention du cas où une admission est refusée. Remarque 19 : Les critères d'admission utilisés ne sont pas détaillés dans la procédure d'admission et cette dernière ne formalise pas non plus le traitement des situations de refus d'admission.
	Y-a-t-il des séjours d'observation ? <u>Un stage d'observation</u> est-il proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission ? Réf. : 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	Non	La visite de l'établissement fait partie de la procédure d'admission comme étape permettant de confirmer l'accord de la commission d'admission sur un dossier (cf. II, points 5 à 10 de la procédure d'admission transmise). Dans la procédure d'admission transmise, il n'est pas fait mention de stage d'observation. Il ressort des entretiens menés que la mise en place d'un stage d'observation n'est pas actuellement prévu pour les futurs résidents.
	Bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission Article D344-5-11 CASF	Partiellement	Il ressort des entretiens menés qu'une évaluation pluriprofessionnelle coordonnée est assurée pour chaque nouveau résident dans les suites immédiates de son admission dans l'EAM (Cf. a ce qui a été écrit précédemment au point de contrôle 2.2.6 « Complétude des dossiers médicaux »). En revanche, l'analyse des six dossiers médicaux papier conduit au constat suivant : la traçabilité de l'évaluation pluriprofessionnelle coordonnée à l'admission n'est qu'indirectement consignée

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			dans la fiche de liaison de chaque résident accompagné ainsi que dans la fiche de synthèse des évaluations kinésithérapiques.
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 participe-t-elle à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) pour l'élaboration de piste d'action individualisées pour des usagers sans solution ou pour des usagers dont la situation est complexe ? La structure reçoit-elle des dossiers d'admissions issu d'un plan d'accompagnement global (PAG), faisant suite aux GOS, pour les usagers sans solution ?	Non Non	La participation de l'établissement à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) comme la réception et le traitement de dossiers d'admission issus d'un plan d'accompagnement global (PAG) ne sont pas mentionnés dans la procédure d'admission ni dans les deux documents "projet d'établissement" transmis. Remarque 20 : Les documents institutionnels de l'établissement ne retranscrivent pas l'objectif du CPOM en lien avec la participation de l'établissement à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) ou aux plans d'accompagnement global (PAG), ce qui ne garantit pas l'inscription effective de l'établissement dans le cadre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous ».
	3.1.3. <u>Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour</u> Un DIPC est élaboré à l'admission de l'utilisateur ? Contenu conforme : 1° Tient compte de la situation spécifique des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, de leur projet de vie et de leur famille ; 2° Détaille les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge ;	Partiellement	Une trame de contrat de séjour a été transmise à la mission. Toutefois, la mission s'interroge sur son utilisation réelle au sein de l'établissement. Plusieurs faisceaux d'indices tendent à démontrer qu'il s'agit d'un document travaillé en urgence pour répondre à la demande de transmission des documents : date de modification (14/05/2025) ; copier coller faisant référence au tribunal de Marseille en cas de contentieux ; redondances de paragraphes, démontrant une absence de relecture approfondie du document. Dans l'article 1, il y est précisé que "Le présent contrat est conclu moyennant une période d'essai de trois mois à compter de la date d'admission". Les objectifs de prise en charge sont détaillés dans l'article 2. Les prestations de prise en charge sont détaillées dans l'article 3. Il y est précisé qu'"Une période d'observation de 6 mois est nécessaire pour définir, de manière adaptée, les prestations adéquates à fournir au Résident. [...] Au cours de cette période d'évaluation dite initiale, l'équipe professionnelle de l'établissement s'engage à recueillir les souhaits, besoins et attentes de la Personne Accueillie et de son Représentant Légal, afin d'élaborer de manière conjointe le projet individualisé ; à évaluer les potentiels et capacités de la Personne Accueillie".

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3° Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant. <u>Article D344-5-4 CASF</u> La participation et le consentement de l'utilisateur sont recherchés lors de l'élaboration du DIPC ? (Signature de l'utilisateur ou son représentant légal)	Oui	L'article 5 aborde l'engagement demandé à la personne accueillie et/ou à son représentant légal à répondre aux invitations de l'établissement pour ce qui concerne notamment la validation du contrat de séjour et la participation à l'élaboration du projet individualisé. Il n'est pas fait mention de mesures adaptées mises en place par l'établissement pour faciliter cette participation. En fin de document, la signature de la personne accueillie est prévue. Il est aussi précisé : - Si nécessaire, préciser à titre d'information la Personne Accueillie assistant à la signature du contrat. - En cas de non signature du contrat : motiver ce refus et expliciter à l'utilisateur l'obligation de document individuel de prise en charge. Écart 18 : Les mesures adaptées pour permettre la participation de la personne accueillie aux réunions et aux décisions la concernant ne sont pas indiquées dans le contrat de séjour. Cela contrevient au 3° de l'article D344-5-4 du CASF²⁸.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>Le livret d'accueil</u> Un livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal ?	Oui	Un fichier [REDACTED] intitulé "56 LIVRET D ACCUEIL" a été transmis à la mission. Mais il s'agit en fait d'un document portant sur le projet d'établissement. La délivrance d'un livret d'accueil aux nouveaux résidents et à leurs familles et/ou représentants légaux n'est pas mentionnée dans la "procédure d'admission nouveau résident" transmise à la mission. L'existence d'un livret d'accueil dans lequel sont décrites les prestations proposées par l'établissement est mentionnée au point 2.4.3 Droit au libre choix des prestations du règlement de fonctionnement.

28 Article D344-5-4, CASF : Sans préjudice des dispositions de l'article D. 311, le contrat de séjour mentionné à l'article L. 311-4 :

3° Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le livret d'accueil comprend-il : - La charte des droits et liberté de la personne accueillie ; - Le règlement de fonctionnement ;	Non Oui	Le livret d'accueil est mis à disposition dans un présentoir au RDC près de l'accueil de l'établissement. Dans le sommaire de ce document, le règlement de fonctionnement est présenté dans la partie VII VOS DROITS ET VOS DEVOIRS. La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'y est pas mentionnée. Écart 19 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas annexée au livret d'accueil. Cela contrevient au a) de l'article L311-4 du CASF²⁹.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. Les médecins traitants		Le jour de la mission, la liste des médecins traitants de chacun des ■ résidents présents à cette date a été transmise. Les usagers ont tous un médecin traitant identifié par la structure. Deux médecins exercent au sein de l'EAM : un médecin généraliste ■ à titre libéral et un médecin spécialiste psychiatre ■ ETP qui est salarié. Le médecin en charge de la coordination est le médecin psychiatre. Il est présent au sein de la structure les mardis et les samedis matin. Le médecin généraliste est présent au sein de l'EAM ■ chaque jeudi. Ces deux professionnels n'assurent pas des astreintes médicales. La structure a conventionné avec la plateforme humaine et technique ■ pour la prise en charge initiale des urgences survenues au sein de l'EAM. Chaque résident a un médecin traitant, car, selon les entretiens menés, les deux professionnels prennent en charge tous ■ au moment de l'inspection au sein de la structure.

29 Article L311-4, CASF : Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne, à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ainsi qu'à la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou à la personne de confiance désignée dans les conditions prévues à l'article L. 311-5-1 un livret d'accueil auquel sont annexés :

a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?	Oui	La liste des résidents avec leur médecin traitant, transmise par la direction de la structure, indique qu'un seul le médecin généraliste prodigue ses soins en tant que médecin traitant des ■■■ résidents. Un seul résident a un autre médecin traitant externe à la structure.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.6. Les transmissions inter équipes		Dans le document ■■■■■ TM "Projet d'établissement" transmis à la mission (diapo 63), 7 instances d'échange sont présentées, dont 4 concernent directement l'accompagnement des résidents : - Réunion quotidienne de transmissions ; - Réunion clinique ; - Réunion d'unité hebdomadaire ; - Réunion de projet personnalisé d'accompagnement. Il est également précisé dans le bilan du projet d'établissement 2018-2022 (diapo 14) que "réunions de nuit et transmissions de nuit systématiques" ont été mises en place. Dans ce document, il n'y pas d'information plus précise sur l'organisation de ces réunions ou leurs modalités de suivi. Les temps de réunion ne sont pas indiqués sur les plannings transmis. Plusieurs comptes-rendus de réunion ont été transmis à la mission, la plupart accompagnés d'une feuille d'émargement mais sans que soit précisée la fonction des participants : - Un compte-rendu de la réunion de nuit du 14/10/2024, avec notamment : • Un point sur des situations individuelles de résidents ; • Un point sur l'organisation des transmissions avec l'équipe du matin : il est proposé qu'à son arrivée toute l'équipe de nuit se réunisse dans l'infirmerie avec 1 professionnel de chaque étage. Il n'est pas précisé de date pour la mise en oeuvre de cette organisation. • Une proposition faite aux salariés de nuit de participer aux réunions cliniques et aux réunions concernant les PPI. - 5 comptes-rendus de réunions cliniques signés du directeur de l'établissement : 04/05/2021, 07 et 28/02/2023, 23/01 et 23/04 et 08/10 2024. Ces réunions portent sur des situations individuelles de résidents. - 5 comptes-rendus de réunions d'unité :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			• Dans le compte-rendu de la réunion du 1er étage du 09/01/2024, il est rappelé que "tout le monde doit écrire tous les jours" dans [REDACTED], solution numérique de gestion du dossier unique de l'usager. • Les comptes-rendus suivants (08/10/2024 ainsi que 21/01-19/02 et 25/02/2025) s'intitulent "réunion clinique et réunion d'étage" et abordent des situations individuelles de résidents. • Le compte-rendu du 08/10/2024 aborde l'organisation des transmissions en journée et précise qu'elles doivent se tenir à 13h40/13h45, avec un professionnel du matin et un professionnel de l'après-midi, sous la conduite des coordinateurs ou, en leur absence, des IDE. - 2 comptes-rendus de la réunion services généraux, du 07/10/2021 et du 11/07/2024. Dans le compte-rendu du 11/07/2024 : • il est mentionné l'utilisation de "feuilles de traçabilité" à déposer dans la boîte aux lettres de la direction avant le week-end ou à la fin du week-end ; • Il est rappelé l'"obligation de transmettre toutes les difficultés ou travaux non réalisés ainsi que la raison" dans [REDACTED]. Quand une situation individuelle est abordée dans un compte-rendu, le prénom voire le prénom et le nom de famille des personnes sont indiqués. Point de vigilance : Les dates hétérogènes, parfois très anciennes, et qui ne se suivent pas toujours des CR envoyés interrogent sur la manière dont sont rangés et rendus accessibles ces CR. Un livret de fonctionnement, à destination des nouveaux salariés et des professionnels revenant d'un long congé, a été transmis à la mission. Il est indiqué sur la couverture que "ce livret est confidentiel et qu'il ne doit pas être divulgué à l'extérieur du FAM Les Roseaux". Il présente le déroulement d'une journée-type dans l'établissement ; les résidents de chaque étage avec leurs besoins principaux au quotidien et leur régime alimentaire ; la répartition des salariés dans les étages. Ce document est incomplet : il est indiqué qu'il faut "rajouter l'organisation du week-end" et rajouter sieste change etc..". Il n'est pas indiqué de date de mise à jour du document. Dans la journée-type, il est indiqué un temps de transmission à l'arrivée de l'équipe de jour à 7h00 et un temps de transmission à 13h avec la première relève. Il n'est pas mentionné de temps de transmission à l'arrivée de l'équipe de nuit.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ? Qui assure le pilotage des transmission inter équipes ? Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ? Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...)	Partiellement Partiellement Non	Sur la porte de la chambre de chaque résident sont affichés sa photo et ses habitudes de vie. Selon certains entretiens, deux chevauchements des plannings sont prévus chaque jour, à savoir de 7h00 à 7h10 et de 21h00 à 21h10. Toutefois, l'analyse des plannings communiqués par la direction de la structure ne permet pas de mettre en évidence ces deux superpositions des plannings (Cf. au point 2.1.14. « Analyse des plannings »). Lors d'un entretien postérieur au jour de la visite, la faisant fonction de cadre de santé a confirmé l'absence de transmission inter équipe le matin à 7H. Selon les entretiens menés, les transmissions sont orales et écrites dans le logiciel métier [REDACTED]. L'analyse des dix dossiers médicaux numérisés confirme que des transmissions écrites sont effectives et tracées. Elles portent sur : - L'évolution des résidents durant la nuit pour les transmissions réalisées le matin, ou - L'évolution des résidents pendant la journée pour les transmissions faites le soir. Ces informations sont tracées dans les dossiers médicaux numérisés seulement pour les résidents qui présentent un événement de santé pendant ces deux périodes de prise en charge. En effet, lorsque l'on regarde l'onglet « Soins » du logiciel [REDACTED] et son sous-onglet « Transmissions », les transmissions qui y sont consignées sont ordonnées par heure de saisie. Plusieurs filtres facilitent leur lecture à savoir : par résident, par prise de poste, sous forme de journal.
	3.1.7. Relations avec la MDPH		
	Les relations avec la MDPH sont-elles institutionnalisées ? Y a-t-il un interlocuteur identifié au sein de la structure ? Existe-t-il des échanges informels (mails, téléphones) entre la MDPH et l'établissement sur la situation de certains adultes ? Réf. : Article L241-6, Article R146-36 CASF		La place vacante depuis décembre 2024 n'a pas fait l'objet d'une information à la MDPH en vue de l'orientation par cette dernière de candidatures prioritaires. L'APEI Boucle de la Seine (ABLS) a mis en place une commission d'admission pôle hébergement (CAPH) comme guichet unique des demandes d'admission et d'orientation dans les ESSMS du pôle hébergement de l'association qui réunit les EAM et les EANM soit un périmètre de [REDACTED] ESSMS.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	« <u>Qualité de vie en MAS-FAM, volet 3 : Le parcours et les formes souples d'hébergement</u> », 2014 HAS		Écart 20 : La procédure associative en matière d'admission est instaurée en parallèle du système de suivi des orientations Via Trajectoire handicap, et en dérogeant à l'obligation de signalement de sa capacité d'accueil éventuellement disponible ainsi que du nombre de personnes en attente d'admission, ne respecte pas les articles L 241-6 et R146-36 du CASF et les recommandations de bonnes pratiques de la MDPH92 en matière de traitement des dossiers de demande d'admission_ selon un rythme de 15 jours des orientations CDAPH injectées dans le tableau de bord VTH de chaque ESSMS.

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.1. <u>Les outils d'évaluation</u> Quelles sont les modalités et outils/échelles d'évaluation des besoins, des capacités et de l'autonomie des usagers ?		La trame des projets de vie a été remise à la mission d'inspection. Ce document non daté dit « recueil des données » en version 24 contient 5 pages et traite des 16 aspects suivants de la vie des résidents : ○ Histoire de vie ○ Souhaits et attentes dont la fin de vie ○ Hébergement ○ Motricité ○ Lever-coucher ○ Hygiène corporelle ○ Prestations (coiffeur, pédicurie, esthétique) ○ Tenue vestimentaire ○ Entretien du linge ○ Elimination ○ Centres d'intérêts ○ Risques ○ Consentements ○ Description physique ○ Commentaires

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			- Vos chapitres : déplacement et participation sociale Une procédure synthèses a également été remise. Ce document non daté décrit : - La démarche de préparation et de la tenue de la synthèse par l'équipe pluridisciplinaire - La définition des objectifs et des prestations par les référents - Le codage des objectifs et des prestations selon la grille SERAFIN-PH par le chef de service « vie sociale » - La communication aux familles ou représentants légaux - L'enregistrement de l'avenant (sous-entendu au contrat de séjour) dans le logiciel [REDACTED]
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.2. <u>Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :</u> Chaque usager a un projet individualisé d'accompagnement ? Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ?	Partiellement Non	Dans les dossiers papiers consultés sur place par la mission, certains dossiers contenaient des avenants au contrat de séjour qui sont considérés comme étant les PIA des résidents. L'entièreté des dossiers papier consultés (8 dossiers papiers ont été consultés) ne contenaient pas tous de PIA. Des PIA ont été fournis à la mission par extraction du logiciel utilisé dans l'établissement (logiciel en cours de changement). Les familles sont associées à l'élaboration des PIA. Toutefois, il ressort des entretiens que les PIA sont parfois des copier-coller des années précédentes sans réelle recherche. Au regard des éléments récoltés par la mission et notamment du calendrier des PIA, les PIA n'ont pas été réactualisés chaque année. Par ailleurs, la lecture des dossiers des usagers a mis en exergue la confusion dans la dénomination des PIA appelés avenants au contrat de séjour. Le tableau de suivi des échéances des projets d'accompagnement individualisés (PAI) remis et complété depuis 2017 permet d'indiquer que : 14 PAI ne présentent pas d'actualisation prévue en 2025 soit 44% des résidents 13 PAI non actualisés depuis 2023 soit 41% des résidents Écart 21 : Les usagers ne bénéficient pas de projets personnalisés d'accompagnement actualisés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L 311-3 et D344-5-11 du CASF.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<u>Article D344-5-11 (bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne avec actualisation dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)</u>		
	Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ?	Non	Les coordinateurs éducatifs tiennent le rôle de référents des résidents. Néanmoins ce rôle n'est pas exprimé comme connu de la part des résidents. Les coordinateurs exercent une relation fonctionnelle auprès des professionnels (AS ou AMP) chargés de l'accompagnement quotidien.
	Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ?	Oui	Remarque 21 : La notion de professionnel référent n'est pas clairement établie dans le fonctionnement de l'établissement
	Existe-t-il des réunions de synthèse régulières ?	Oui	Des réunions de synthèse ont lieu tous les mardis. Il ressort des entretiens menés que les réunions de synthèse relatives à l'élaboration ou la réévaluation des projets d'accompagnement individualisés se déroulent selon un calendrier établi par le psychologue et la cheffe de service. Lors d'une réunion de synthèse un à deux projets sont présentés selon le degré de complexité des dossiers analysés.

3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.1. <u>Les personnes qualifiées départementales</u>		
	Une liste départementale de personnes qualifiées est-elle à disposition des usagers et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	Oui	L'affichage de la liste des personnes qualifiées est effectif.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. <u>La personne de confiance des usagers</u>		Certains dossiers de résidents de l'échantillon examiné présentent le formulaire de désignation d'une personne de confiance. Néanmoins la possibilité de désigner cette personne de confiance n'est pas indiquée en annexe dans le contrat de séjour.
	Les usagers et les familles sont-ils informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP) ?	Partiellement	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission dans le dossier des usagers ?	Partiellement	Le dossier d'admission n'a pas été transmis et cela n'a pas permis d'identifier, d'une part, si le formulaire de désignation de la personne qualifiée est systématiquement soumis aux futurs résidents, et d'autre part, si une procédure soutient les résidents dans cette démarche de désignation.
3.2 Respect des droits des personnes	3.3.3. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u>		
	Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? photos, étiquette, bracelet, ...	Oui	Sur les portes des chambres des résidents sont affichées leurs photographies ainsi que leurs noms, prénoms et leurs habitudes de vie. Il existe également un livret de fonctionnement remis aux nouveaux arrivants et aux professionnels revenant de congés longs, qui comporte les photos des résidents, leur identité, précisant leurs besoins et leur régime alimentaire. Enfin, dans l'office des 3 étages est affiché un trombinoscope des usagers avec leur régime alimentaire. Pour assurer l'identitovigilance lors de l'administration des médicaments, les trois chariots de distribution des médicaments comportent sur chaque bannette : le nom, le prénom et la photographie du résident. Les sachets de médicaments comportent en outre : le nom, le prénom du résident, la date d'administration, le nom du foyer et les noms des médicaments à administrer.

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3 Vie sociale et relationnelle	3.4.1. <u>Relations avec les familles</u>		La procédure « synthèses » prévoit le recueil écrit des souhaits de la famille et la fixation d'un rendez-vous de signature de l'avenant au contrat de séjour. L'enquête de satisfaction de l'entourage des résidents datant de novembre 2024 fait état de [REDACTED] de réponses [REDACTED] et parmi celles-ci : - 100% indiquent avoir la possibilité d'interpeler un professionnel sur des questions liées à l'accompagnement - 50% indiquent que le PAI n'a pas été coconstruit - 25% indiquent que les informations reçues concernant la prise en charge de son proche sont insatisfaisantes (pas de cahier de liaison)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?	Oui	D'après l'affichage, les visites des familles au sein de l'établissement sont fixées entre 14h et 18h.
	L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ?	non investigué	Lors du CVS du 20 février 2025, les représentants des familles ont exprimé la demande du rétablissement de la réunion annuelle des familles. La réponse apportée est favorable avec précision sur le jour (un jeudi de 14h à 16h sur inscription avec un minimum de 4 parents) et sur le premier thème (les directives anticipées).
	Y-a-t-il un moyen de communication entre la structure et les familles (cahier de liaison, réunion, mail, journée à thème, journée portes ouvertes aux familles, ...)	Non	
	Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ?	Partiellement	La salle à manger du rez-de-chaussée tient lieu de salle d'accueil des familles. Cette salle est bruyante en raison des armoires froides qu'elle abrite. Une salle au 4eme étage peut être également utilisée pour les déjeuners avec les familles.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. <u>Organisation de sortie extérieure</u> La structure organise-t-elle des sorties extérieures : - Sur une journée ; - Sur plusieurs jours ?	Oui non investigué	La mission a eu connaissance de l'organisation de sorties extérieures.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u> Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ? Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ? Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ?	Oui non investigué non investigué	Les résidents indiquent être réunis le lundi pour l'expression des résidents et connaître les activités proposées dans la semaine. Des éléments écrits de preuve ont confirmé ces temps de paroles avec les résidents.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>Les activités</u>		Le planning des ateliers n'a pas été transmis. Des ateliers récurrents sont proposés : musique, théâtre, sophrologie, sport. Les fiches activités de la semaine des 24-25 et 26 mars ont été remises. Elles indiquent les résidents concernés par l'activité et les professionnels associés. Une activité de peinture est également animée par une résidente le dimanche. Les conventions d'activité transmises par l'établissement ont été établies en 2021 et sont caduques : - Gymnase communal pour du sport adapté - Médiathèques communales - Sophrologie (par tranche de 30 min pour 5 résidents) Une convention d'activité théâtrale est en vigueur sur l'année 2024-2025 pour une séance d'1h30 hebdomadaire au sein de l'établissement. Elle expire le 2 juillet 2025. Une autre convention échue a été transmise avec l'association [REDACTED] qui invente et réalise des instruments de musique. Les résidents sont conviés à des ateliers expérimentaux pour concevoir et utiliser ces instruments afin de stimuler leur créativité. Cette convention est échue depuis le mois de décembre 2020. Lors du CVS du 20 février 2025, les représentants des résidents ont demandé l'achat de fournitures telles crayons de couleur, feuilles, ardoises.... De son côté, le gestionnaire a informé que des résidents de l'EAM fréquentent de plus, le club des loisirs [REDACTED] le samedi de 14h à 18h. Remarque 22 : Seulement 4 activités socio-éducatives sont proposées de façon récurrente dans l'année sans mention d'éventuelles activités thérapeutiques. Des sorties extérieures sont néanmoins organisées mais ne profitent qu'à un petit nombre de résidents (3 le jour de la visite, mais d'autres résidents sont potentiellement concernés par d'autres sorties).

3.6. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3.6.1. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u> L'hygiène corporelle des usagers est-elle suivie et tracée ?	Partiellement	Au regard des entretiens menés par la mission, les résidents prennent des douches tous les jours. En revanche, des lacunes concernant l'hygiène bucco-dentaire ont été constatées par la mission. Il n'existe pas de protocole relatif à l'hygiène bucco-dentaire. Il n'existe pas de tableau de transmission permettant de s'assurer si le brossage des dents a été réalisé ou non. L'hygiène corporelle des usagers est suivie mais elle n'est pas nécessairement tracée. La mission n'a pas constaté l'existence d'un protocole spécifique. Le changement de logiciel permettant la traçabilité a été évoqué à plusieurs reprises à la mission. Remarque 23 : La traçabilité de l'hygiène corporelle est partielle et à améliorer.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.2. <u>Les changes</u> Les changes sont-ils effectués aussi souvent que nécessaire ? Y a-t-il des temps planifiés pour des passages aux toilettes et les changes ?	Partiellement Partiellement	La mission a constaté que les changes se trouvent dans les chambres des résidents. Une négociation est en cours afin de disposer d'un chariot de nursing à chaque étage. Il existe des temps planifiés pour les passages aux toilettes et notamment l'après-repas. Au regard des entretiens, les équipes effectuent les changes aussi souvent que nécessaire : le matin après douche, mise à sieste après repas et le soir ou après la collation. Cela dépend des résidents. Toutefois, il a été signalé à la mission des lacunes concernant le change, un résident ayant été retrouvé par sa famille le change dégoulinant d'urine.

3.7. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.1. <u>La conception des repas</u> Les repas des jeunes sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leur âge ?		Un prestataire de restauration collective s'occupe de la confection des repas sur place. Une cuisine est aménagée au rez-de-chaussée à cet effet. Les menus proposés sont identiques pour

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			les résidents et les salariés. La mission a constaté (au regard des entretiens et des documents vus sur place et communiqués) qu'il n'y a pas de possibilité de mets de substitution. A l'étage 1, 2 et 3 se trouvent une salle à manger et un office où les résidents prennent leur repas. Les régimes et textures des repas des résidents sont affichés dans chaque office. Les menus des mois de mars et d'avril 2025 ont été transmis par la direction de la structure aux membres de la mission d'inspection. Leur analyse permet de constater que : ○ La composition des plats du déjeuner et du dîner comporte systématiquement : une entrée, un plat principal, un laitage et un dessert ; ○ Le choix des plats à cuisiner est en accord avec la disponibilité des matières premières fraîches de la saison en cours ; ○ Les légumes font partie d'au moins l'un des deux plats journaliers principaux ; ○ Les différents types de viande choisis comme plat principal alternent tout au long d'une semaine ; les plats à base de viande du déjeuner ou du dîner sont présents au moins quatre fois par semaine ; ○ Les fromages ou laitages proposés sont variés ; ○ Les desserts alternent entre les fruits crus et ceux cuisinés ainsi qu'avec des produits de pâtisserie. Une analyse plus fine des apports caloriques journaliers n'est pas possible à partir des documents transmis (i.e. absence du poids pour chaque mets préparé).
	Un professionnel de la structure est-il désigné pour vérifier le respect du cahier des charges de restauration (grammage, composition des menus, apports nutritionnels, ...) ?	Non	La mission a observé le repas du midi au 1^{er} étage. Une salle à manger et une petite cuisine sont aménagés à chaque étage du bâtiment. Les AS/AMP chargées des repas y dressent les repas. Il a été constaté qu'un résident avait besoin d'aide pour la prise de repas et que le professionnel était installé à table et aidait la personne concernée. Un affichage précis et détaillé des textures et régimes alimentaires des résidents figure dans la kitchenette du 1^{er} étage. Il ressort des entretiens menés qu'aucun professionnel de la structure n'est désigné pour vérifier le respect du cahier des charges de restauration (e.g. grammage, composition des menus, apports nutritionnels).
	Il y a-t-il une commission des menus ?	Oui	Une commission des menus existe dans l'établissement. Un cahier des réclamations restauration existe également. Il ressort des entretiens menés qu'une commission des menus est organisée une fois tous les deux mois. Elle est constituée par : la cheffe de service, l'IDEC, le chef cuisinier, le chef du prestataire

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les repas sont-ils préparés : - Sur place - Par un prestataire de restauration collective ? Existe-t-il un contrat entre la structure et le prestataire ? Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution (allergie, fausse route, sans porc, ...) ?	Oui Oui non investigué Non	de restauration, des représentants de la direction, un éducateur ainsi que deux à trois résidents. Les sujets abordés sont notamment : l'appréciation des mets servis depuis la dernière commission de menus, les différents goûts des résidents, les mets à proposer, la quantité des plats, la qualité des textures proposés. Des mets de substitution ne sont pas proposés aux résidents. Remarque 24 : Des mets de substitution permettant de combler les aversions alimentaires ponctuelles des résidents ne leur sont pas proposés. Les entretiens menés précisent que l'EAM ne bénéficie pas du concours d'une diététicienne intervenant auprès des résidents. La diététicienne du prestataire de restauration contribue seulement à l'élaboration de la composition des menus.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.2. <u>Les salles de restauration</u> Quels sont les horaires de repas et de collations ? Les périodes de jeun sont-elles inférieures à 12 h ?	Non	Petit-déjeuner : entre 8h et 10h30. Les petits déjeuners sont disponibles à partir de 7h. Le service est adapté aux souhaits des résidents. Déjeuner : 12h pour l'ensemble des résidents. Goûter : 16H Diner : 2 résidents dînent à 18heures. Les autres résidents dînent de 18h45 à 19h45. Collation du soir : Il n'existe pas de collation nocturne. En revanche, des yaourts et des compotes sont disponibles. Compte tenu des horaires du repas du soir et celui du lendemain matin, les résidents observent un jeûne supérieur à 12 heures, car la collation nocturne ne leur est pas proposée. Cette organisation de la répartition et de la distribution des repas ne respecte pas les recommandations du

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			GEMRCN³⁰ (Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition) qui limite la période de jeûne à maximum 12 heures. Remarque 25 : Le jeûne nocturne de certains résidents dépasse les 12 heures recommandées par le Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.3. <u>Les régimes, textures</u> Les régimes alimentaires et les textures modifiées (liquide, gélifiée, mixé, haché) sont-ils prescrits ?	Oui	Il ressort des entretiens menés que les prescriptions des régimes et des textures sont exclusivement médicales. Ils sont prescrits à l'admission d'un nouveau résident par les deux praticiens de l'EAM Les Roseaux. La diversité des régimes spéciaux qui sont cuisinés au sein de la structure permet de répondre aux nécessités des résidents qui y sont accompagnés. En outre, les trois textures prescrites au sein de l'EAM sont les textures : normales, hachées, et mixées. Les entretiens menés permettent de préciser que la prescription des textures et notamment des textures mixées succède à la réalisation d'un bilan de déglutition, lequel se fait uniquement au décours d'une hospitalisation. Concernant les régimes spéciaux, leur prescription est respectée par le prestataire de restauration. <i>Analyse des prescriptions de régime et de texture alimentaires</i> Dans deux des dix dossiers médicaux numérisés analysés la prescription médicale de régime alimentaire n'est pas consignée. Tous les résidents ont cependant une prescription de texture alimentaire. Par ailleurs, l'un des deux résidents n'ayant pas la prescription médicale numérisée du régime alimentaire, dispose d'une telle prescription dans son dossier médical papier. Remarque 26 : La prescription du régime alimentaire d'un nouveau résident lors de son admission dans la structure n'est pas systématiquement consignée dans son dossier médical informatisé. Ce double support informationnel pour les prescriptions de régime et de texture alimentaires peut conduire à une déperdition de l'information médicale.

³⁰ **GEMRCN Recommandations nutrition** version 2.0 juillet 2015 : « Dans le cadre de la prévention de la dénutrition, **le jeûne nocturne ne doit pas dépasser 12 heures** d'autant plus que les dîners peuvent être insuffisamment consommés par certains. Il convient de prévoir une collation nocturne (laitage, compote, biscuit, ...) pour ceux-là. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les différents régimes et textures sont-ils répertoriés dans un document unique tenu à jour ? Les régimes et textures sont-ils transmis régulièrement à la cuisine ?	Oui Oui	Trois tableaux regroupant les régimes et les textures des résidents sont localisés au niveau de trois offices de repas. La transmission des régimes et des textures des résidents à la cuisine est assurée par le faisant fonction de cadre de santé (IDE).
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.4. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u> Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (Exemple : Test du verre d'eau) Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	Non Oui	Il a été indiqué qu'à l'admission il est demandé comment les résidents mangent <u>mais le test de recherche de troubles de la déglutition n'est pas pratiqué.</u> Selon les entretiens menés, presque la moitié des résidents de l'EAM présente un trouble de la déglutition. Lors de l'analyse des six dossiers médicaux papier, il a été constaté d'une part que la recherche des fausses routes (par voie d'entretien avec les proches) est systématique et la traçabilité de leur présence y est consignée, et d'autre part que chez les six résidents étudiés aucun antécédent de trouble de la déglutition n'est tracé dans leur dossier médical papier. Un protocole de prise en charge des fausses routes, est disponible à l'infirmerie. Il s'agit d'un protocole élaboré par l'ARS qui décrit la conduite à tenir dans les situations nécessitant une prise en charge urgente des résidents dont font partie les fausses routes. Cette procédure n'appelle aucune remarque. Il ressort des entretiens menés qu'une formation relative au dépistage des troubles de la déglutition et de la prise en charge des fausses routes a été dispensée en 2022 et en 2024 auprès des professionnels de l'EAM. Les plans de formation 2023 et 2024 attestent que plusieurs professionnels ont participé à des formations collectives ayant eu comme sujet la prise en charge des troubles de la déglutition (26 avril et 6 novembre 2023 ; 6 - 8 novembre 2024). La traçabilité de la présence des professionnels aux formations réalisées en 2024 (feuilles d'émargement) a été communiquée aux membres de la mission d'inspection.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.5. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u> Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ?	Oui	Les enquêtes de satisfaction des usagers et de l'entourage des usagers adressés à la mission comportent des questions relatives aux repas. Les enquêtes adressées à la mission portent sur la période du 19/11/2024 au 26/11/2024. Les proches des usagers ayant répondu () se déclarent très satisfaits ou satisfaits des repas (qualité,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y a-t-il un suivi de l'état nutritionnel (poids, IMC) ?	Oui	quantité, variété des menus, prise en compte des goûts et envies). En revanche, l'enquête de satisfaction des usagers () indique que 60% ne sont pas satisfaits des repas. Au regard des entretiens, il a été indiqué à la mission, que les repas n'étaient pas toujours adaptés au goût ni à la météo. Les résidents sont pesés chaque mois : Les résidents du 1^{er} étage le 1^{er} du mois Les résidents du 2^{ème} étage le 2 du mois Les résidents du 3^{ème} étage le 3 du mois. Les médecins exerçant au sein de l'EAM prescrivent les régimes alimentaires et leurs recommandations sont suivies par le prestataire. (Analyse de l'état nutritionnel des résidents accompagnés à partir de dix dossiers médicaux numérisés L'étude de l'état nutritionnel des résidents a comporté trois étapes : 1) Analyse de la dernière valeur de l'IMC calculée, à savoir celle du début août 2025, ainsi que de la courbe d'IMC sur les trois derniers mois (i.e. juin à août 2025) pour chacun des dix résidents inclus dans l'échantillon ; 2) Analyse des prescriptions et du classement des valeurs du dernier dosage d'albuminémie ; 3) Analyse des prescriptions médicales de régime et de texture alimentaires. <i>Analyse de la dernière valeur calculée d'IMC et des courbes d'IMC</i> Selon la dernière valeur d'IMC, les dix résidents étudiés se classent comme suit : ○ Un résident en dénutrition sévère ; ○ Quatre résidents normopondéraux ; ○ Un résident en surpoids ; ○ Trois résidents obèses ; ○ Un résident pour lequel le poids a été évalué mais le calcul de l'IMC n'est pas réalisé car la taille du résident en question n'est pas disponible. Les mesures du poids et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) sont mensuels pour huit des dix résidents étudiés. Pour les deux autres résidents, 1 ou 2 valeurs de l'IMC ont été calculées pour ces trois mois de suivi. <i>Classement des valeurs du dernier dosage d'albuminémie sérique</i>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quelles sont les actions en cas de dénutrition/obésité ou troubles de l'alimentation (CNO, aide, stimulation, ...) ? Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS) GuideNutrition_3S_Nouvelle-approche-de-la-restauration-pour-la-personnes-en-situation-de-handicap_AdapeiLoire.pdf Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS		Les valeurs de l'albuminémie sérique sont renseignées chez cinq résidents des dix étudiés. Parmi ces résidents, un a une dénutrition sévère et deux une dénutrition modérée. Les trois résidents ayant une albuminémie plus basse que sa valeur normale, n'ont pas l'indice de leur masse corporelle inférieur à 22 kg/m², donc ils ne sont pas classés comme dénutris selon le critère d'indice de masse corporelle. Selon les analyses relatives au suivi de l'état nutritionnel des résidents accompagnés (i.e. courbe d'IMC, dosage albuminémie) quatre résidents sur dix sont dénutris dont deux présentent une dénutrition sévère. ██████████ qui tient à jour un document ██████████ avec les données nutritionnelles de tous les résidents ██████████ Or, comme évoqué précédemment, l'étude des dossiers médicaux numérisés identifie quatre résidents dénutris parmi les dix analysés dont deux présentant une dénutrition sévère. Il n'a été retrouvé aucune prescription de régime hypercalorique et/ou des CNO pour les quatre résidents présentant une dénutrition. L'absence de calcul de l'IMC ne permet pas d'identifier les résidents présentant un trouble nutritionnel, qu'il s'agisse d'une dénutrition ou d'une obésité. La méconnaissance du statut de résident dénutri et l'absence d'une prise en charge de ce trouble contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF. Remarque 27 : Les valeurs de l'albuminémie sérique ne sont pas systématiquement renseignées pour tous les résidents dans leur dossier médical. Écart 22 : L'étude du suivi de l'état nutritionnel dans les dossiers informatisés des résidents indique que certains d'entre eux présentent une dénutrition, alors que les professionnels soignants, entretenus par la mission, qui assurent leur prise en charge, n'ont pas connaissance de cette dénutrition. Ce contexte nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF³¹.

³¹ **Article L311-3 (3°) du CASF** : « L'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** :

3° **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

3.8. La dispensation des soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.8.1. L'organisation des soins		
	1.1.1.1. L'organisation des soins définie par le PE		
	Le PE précise l'organisation de la coordination des soins ? Existe-t-il un projet de soins actualisé ? Le projet d'établissement ou de service prévu à l'article L. 311-8 : 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ; 6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ; 7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ; Article D344-5-5 CASF	Partiellement Non investigué	Deux documents nommés « projet d'établissement EAM Les Roseaux » ont été communiqués par la direction de la structure à la mission d'inspection : 1. Le premier () qui est plus succinct, porte sur la période 2022 – 2026. Ce document est nommé dans la suite de ce point de contrôle en tant que document 1. 2. Le deuxième, qui se présente sous forme de présentation () est plus complet. Ce dernier ne précise ni la période de validité du projet d'établissement ni l'effectivité de sa validation par la direction générale de l'association de même que par celle du conseil d'administration. Ce document est nommé dans la suite de ce point de contrôle comme document 2. <i>Comme vu plus haut, les deux documents ne sauraient être considérés comme un projet d'établissement finalisé, complet et valide. Une analyse détaillée a néanmoins été produite afin de faire des rappels sur les éléments manquants de ces documents de travail pour en faire un véritable projet d'établissement. Ces rappels de la mission sont mentionnés en point de vigilance.</i> <i>Concernant la description de la coordination des soins au sein de la structure ainsi que celle avec les prestataires de soins externes sous la responsabilité d'un médecin :</i> La coordination médicale Le document 2 précise que la structure ne dispose pas d'un poste de médecin coordonnateur. Ainsi, la coordination des parcours de soins était, à la date de rédaction de ce document, assurée par la cadre de santé et les deux infirmiers (i.e. diapo 39). Cependant, il ressort des entretiens menés qu'au moment de l'inspection sur site le médecin psychiatre assumait des fonctions de coordination à raison d'environ (). Par ailleurs, le faisant fonction de cadre de santé était également amené à coordonner les soins prodigués dans la structure. Concernant la désignation d'un référent pour chaque résident

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Le document 2 indique qu'un référent est désigné pour chaque résident accompagné (i.e. diapo 45). En revanche, il ressort des entretiens menés que les résidents de l'EAM ne disposent pas d'un référent attitré. Concernant les effectifs des professionnels notamment soignants exerçant au sein de la structure : Le document 1 présente les types de professionnels exerçant dans l'EAM, mais ne détaille pas la composition de l'équipe pluridisciplinaire et ne précise pas les modalités de coordination des différents professionnels soignants entre eux et avec les partenaires extérieurs. Le document 2, outre la présentation de l'organigramme fonctionnel, décrit les ETP des types de soignants exerçant au sein de la structure. Toutefois, cette description est incomplète, car le nombre de chaque type de soignant n'est pas spécifié. Point de vigilance : La composition détaillée de l'équipe pluridisciplinaire, et notamment le nombre de soignants par type de profession, n'est pas présentée dans le projet d'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'<u>article D344-5-5 (4°) du CASF</u>³². <i>Concernant la collaboration de l'établissement avec d'autres partenaires.</i> Le document 1 ne présente pas le maillage de collaboration de l'EAM avec d'autres partenaires externes. Le document 2 comporte cependant une partie dédiée à « l'ouverture de l'établissement sur son environnement géographique, socioculturel et économique » (i.e. diapo 49, diapo 50, diapo 54). Plusieurs partenariats y sont consignés avec des structures de soins hospitalières et extrahospitalières, mais le type de prise en charge concerné par ces partenariats n'y est pas indiqué. Point de vigilance : Le maillage des structures de soins qui contribuent à la prise en charge primaire et spécialisée des résidents accompagnés est présenté dans le projet d'établissement (i.e. document 2). Toutefois, le type de prise en charge sous-tendu par chaque partenariat et notamment l'identification des

³² Article D344-5-5 (4°) du CASF : « Afin de **garantir la qualité de l'accueil ou de l'accompagnement des personnes** mentionnées à l'article D. 344-5-1, **le projet d'établissement** ou de service prévu à l'article L. 311-8 :

4° **Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ; »**

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			structures participant à la prise en charge des urgences n'y est pas développée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-5 (7°) du CASF ³³ .
	1.1.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante		
	Existe-t-il un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge médico-soignante ? ETP ? Astreintes médicales ? Modalités ? CE médecin dispose-t-il d'un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions ? Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins) Article D344-5-12 CASF (Equipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, éducatif et social, de la rééducation et de la réadaptation). Recommandations régionales de l'ARSIF « Parcours de soins en EMS handicap : aspects organisationnels et ressources mobilisables », 30/04/2020	Oui Non Oui	Actuellement, le psychiatre exerçant au sein de la structure [REDACTED] assure des responsabilités de coordination de la prise en charge médico-soignante à raison de [REDACTED] soit un [REDACTED]. Son contrat de travail précise le temps global alloué à la prise en charge des résidents au sein de l'EAM Les Roseaux mais ne spécifie pas les temps à accorder par type de mission qu'il doit accomplir, et notamment celui assigné pour la coordination de la prise en charge médico-soignante. Aucun document ne le précise. Remarque 28 : Le psychiatre ne dispose pas d'une fiche de poste ou d'un contrat de travail détaillant ses missions, en particulier celles dédiées à la coordination de la prise en charge médico-soignante. Les deux professionnels prodiguant des soins au sein de l'EAM n'assurent pas des astreintes médicales. La structure a conventionné avec la plateforme humaine et technique [REDACTED] pour la prise en charge initiale des urgences.
	La coordination médicale est-elle effective Article D344-5-3 CASF (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)	Oui	
	Continuité pendant les congés et absences du MedCo	Oui	Les deux médecins de l'EAM (i.e. médecin généraliste, psychiatre) se partagent les temps des congés, pour que l'un d'entre eux puisse assurer la continuité de la prise en charge médicale des résidents accompagnés au sein de la structure. Par ailleurs, le médecin généraliste est systématiquement remplacé lors de ses congés, et son remplaçant assure la prise en charge des résidents de l'EAM en tant que de besoin.
	Est-il établi un rapport d'activité médical annuel ? conclusion et plan d'amélioration ?	Non	Le rapport d'activité médicale annuel était établi par le cadre de santé de l'EAM. À la suite de son départ ce rapport n'est plus élaboré.

³³ [Article D344-5-5 \(7°\) du CASF](#) : « Afin de **garantir la qualité de l'accueil ou de l'accompagnement des personnes** mentionnées à l'article D. 344-5-1, **le projet d'établissement** ou de service prévu à l'article L. 311-8 :

7° **Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires**, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ; »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Si un médecin référent est présent, quelles sont les modalités des relations professionnelles avec les équipes soignantes (réunions pluri-disciplinaires) ? (compte rendu) Article D344-5-5 CASF (Le PE 4° Précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ; 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs) D. 344-5-12, CASF (Garanties apportées par la constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-13, CASF (Constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-14, CASF (Conventions pour constitution de l'équipe pluridisciplinaire) D. 344-5-15, CASF (Exercice libéral ou par convention)		Les modalités par lesquelles le médecin référent (i.e. psychiatre) coordonne les équipes soignantes sont : les réunions pluridisciplinaires, le téléphone et/ou le courriel, et de vive voix lorsqu'il est présent au sein de la structure. Ainsi, le médecin référent anime et/ou intervient lors des réunions pluridisciplinaires : d'équipe, cliniques et de synthèse. Les réunions d'équipe ont lieu chaque mardi après-midi et réunissent : les soignants (e.g. coordinatrice des soins, AS, AES, IDE), les coordonnateurs, la cheffe du service, les éducateurs, le psychologue et le psychiatre. La réunion commence à 14h15 et prend fin à 16h30. Les sujets abordés portent notamment sur : des informations à diffuser auprès-des cadres, des problèmes que les cadres rencontrent dans leur pratique quotidienne. Un compte-rendu est dressé par un coordonnateur et déposé dans un espace numérique auquel tous les professionnels de la structure y ont accès. En outre, les réunions cliniques qui ont lieu mardi après-midi une fois par mois voire une fois tous les deux mois regroupent : le psychiatre, le psychologue, la cheffe de service, la cadre de santé, les IDE, les AS, les éducateurs. Elles sont animées selon les sujets abordés par : le psychiatre, le psychologue et la cadre de santé. Les sujets abordés portent sur : les informations médicales qui nécessitent d'être partagées, les problématiques de santé posées par les résidents aux AS et AVS. Un compte-rendu est dressé et partagé avec tous les salariés.
	1.1.1.3. Cadre IDE		
	Un(e) infirm(ér)ère d'encadrement et/ou de coordination est en poste ? La coordination est-elle effective ? Article R4312-36 CSP (missions des IDE chargés de fonctions de coordination ou d'encadrement).	Oui Oui	Actuellement, un infirmier fait fonction de cadre de santé. Cette mission lui a été confiée en novembre 2024. [REDACTED]
3.8 Champ thérapeutique	3.8.2. Plannings et continuité des soins En journée, les plannings des professionnels intervenant dans les soins présentent-ils un chevauchement permettant une continuité des soins ? Quelle est l'organisation IDE en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, Permet-elle d'assurer la qualité et la sécurité des soins ? Nuit et WE ? Les plannings sont-ils affichés et connus des équipes Article R344-2 CASF (2° Permanence des soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements) ;	Choisir	<i>Organisation médicale</i> La présence d'un médecin au sein de l'EAM est effective : les mardis en journée, les jeudis après-midi et les samedis matin. Il n'y a aucune présence médicale : les lundis, les mercredis et les dimanches en journée et tous le jours de la semaine la nuit. En dehors de ces présences médicales en journée, la continuité de la prise en charge médicale est assurée par les médecins de la plateforme [REDACTED]. En outre, il ressort des entretiens menés que les deux médecins exerçant au sein de la structure sont facilement joignables par téléphone en dehors de leur temps de présence au sein de l'EAM et qu'ils ont la possibilité de prescrire à distance. <i>Organisation infirmière (IDE)</i>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	De nuit, y-a-t-il des procédures et/ou des astreintes pour assurer la prise en charge en soins en continu ?	Non	En journée un infirmier assure la prise en charge des résidents des trois étages. L'organisation infirmière actuelle ne prévoit pas d'infirmier la nuit. Le temps de travail journalier des IDE est : ○ De 7h00 à 17h00 en semaine ; ○ De 7h00 à 16h00 le week-end. Les infirmiers observent une pause de 30 minutes à 13h00. Les infirmiers travaillent au total 36h00 par semaine. En dehors des heures de présence des infirmiers à l'EAM, la continuité de la prise en charge IDE est assurée par les infirmiers de la [REDACTED] <i>Organisation aide-soignante (AS)</i> L'organisation aide-soignante est décrite ci-dessous. Il ressort des entretiens menés qu'aucune astreinte médicale ou infirmière n'a lieu au sein de l'EAM, compte tenu de l'accès des soignants à la plateforme [REDACTED] 24h/24.
	Quelle est l'organisation AS/AMP/AES en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j Permet-elle d'assurer la qualité et la sécurité des soins ? Emploi de FFAS ? Nuit et WE ?		<i>Organisation aide-soignante (AS)</i> Il ressort des entretiens menés que lors de la confection des plannings, aucune différenciation n'est faite entre la répartition des aides-soignants (AS) et des accompagnants éducatifs et sociaux (AES). AS et AES de jour Leur nombre attendu par étage est de minimum [REDACTED] professionnels, et au niveau de l'EAM de [REDACTED] pour trois étages. Leur temps de travail total moyen est de 7h00 par jour. L'équipe du matin arrive en décalée : ○ De 7h00 à 13h00 ; ○ De 7h00 à 14h00. Ils observent une pause de 30 minutes. L'équipe de l'après-midi arrive en décalée : ○ De 13h00 à 21h10 ; ○ De 14h00 à 21h10.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Ils observent une pause de 30 minutes. Un chevauchement de 10 minutes est effectif pour les transmissions inter-équipes. AS et AES de nuit ■■■■■ S sont prévus à être présentes au sein de la structure la nuit, soit ■■■■ par étage. Leur temps de travail s'étend de 21h00 à 7h10. Un chevauchement de 10 minutes est effectif pour les transmissions inter-équipes.
	Délégations par les IDE <u>Article R4311-4 CSP</u> (Soins assurés par l'IDE avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant. <u>Article R4311-5 & R4311-7 du CSP</u> (Actes IDE déléguables en EMS)		Non vérifié hormis pour la délégation de la distribution des médicaments décrite dans la partie dédiée au circuit du médicament.
	Organisation pour les transmissions quotidiennes ? Qui participe ? Quels sont les différents supports et cahiers de transmission entre les différents ? Contenu des transmissions ? Transmissions avec les médecins ? Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées,)? <u>Article D344-5-3 CASF</u> (L'établissement 7° Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins)		Il ressort des entretiens menés que les transmissions soignantes ont lieu trois fois par jour : 1. Le matin de 7h00 à 7h10 entre les AS de nuit et les AS de jour. 2. En début d'après-midi de 13h45 à 14h10 ont lieu les transmissions entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi. Y participent : l'IDE, les coordonnateurs qui animent les transmissions, les AS et les AMP. Le soir de 21h00 à 21h10 entre les AS et les AMP de jour et les AS de nuit. Toutefois, l'analyse des plannings communiqués par la direction de la structure ne retrouve pas un chevauchement des plannings des équipes de nuit et des celles du matin. Cette analyse met en évidence seulement deux créneaux dédiés aux transmissions quotidiennes : en début d'après-midi (13h45 – 14h10) et en soirée (21h00 – 21h30). Il convient de préciser qu'une fois tous les deux mois les AS de nuit, la cheffe de service et la coordinatrice des soins font une réunion d'échanges. Les médecins ne participent que ponctuellement aux transmissions. Pour les intervenants externes leurs observations sont tracées sur un cahier d'émargement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ? Traçabilité des transmissions narratives et ciblées Traçabilité des actes de soins (actes du plan de soin ou actes paramédicaux) Article L311-3 5° CASF (5° L'accès des usagers à toute information ou document relatif à leur prise en charge, sauf dispositions législatives contraires) ; Article R4321-9 CSP (Actes de masso-kinésithérapie) Article R4321-91 CSP (Dossier individuel de masso-kinésithérapie pour chaque usager)		Les entretiens menés précisent que la traçabilité des soins est assurée en temps réel par le biais d'une fiche de traçabilité. Toutefois, cette modalité de traçabilité est vouée à disparaître, car les soignants vont disposer bientôt de tablettes leur permettant de renseigner la distribution des actes de soins dont celle des médicaments en temps réel dans le logiciel [REDACTED]
	Continuité de l'accompagnement Article D344-5-9 CASF (Lorsque la personne est amenée à se déplacer en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, l'établissement ou le service assure la présence à ses côtés d'une tierce personne la connaissant).	Oui	Lorsqu'un résident est amené à se déplacer en consultation, il est toujours accompagné soit par un professionnel de l'EAM soit par un membre de sa famille.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.3. Missions médicales Rôle des médecins de la structure dans le processus d'admission. Evaluations Organisation permettant la participation des médecins au processus Rôle du médecin chargé de la coordination dans l'organisation de la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs Article D344-5-5 5° CASF (Le PE 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs). Bilan médical général systématique à l'admission, et tracé Composante MPR	Non	Le processus d'admission des résidents a été décrit au point de contrôle 3.1.1 « L'admission ». Seul le médecin psychiatre est impliqué dans le processus d'admission des résidents. Son rôle est d'apprécier l'adéquation entre les besoins en soins entraînés par les pathologies du résident à accueillir, et les moyens humains et techniques dont dispose l'EAM Les Roseaux. Le psychiatre présente ses arguments en faveur ou en défaveur d'une admission aux membres de la commission d'admission et le directeur prend la décision finale. L'évaluation médicale du résident est réalisée une fois que son admission au sein de la structure est prise. L'organisation de cette commission d'admission vise à réunir tous ses membres (i.e. directeur, psychiatre, psychologue, cadre éducatif). La complétude des dossiers médicaux à l'admission a été présentée au point de contrôle 2.2.6. « Complétude des dossiers médicaux ». Aucun des six dossiers médicaux papier sélectionnés et

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Composante neuropsychiatrique	Non	consultés sur place ne comportait l'examen clinique par appareils et systèmes réalisé par les médecins dans les suites immédiates de l'admission du résident au sein de l'EAM.
	Un bilan médical complet annuel est-il réalisé pour chaque usager ?	Non	Le bilan médical annuel n'est pas tracé dans les dossiers médicaux papier étudiés.
	Traçabilité ? <i>Article D344-5-11 CASF (L'équipe pluridisciplinaire 2° Veille à l'actualisation de ce bilan dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)</i>		
	Mise à jour des dossiers médicaux ?		
	Organisation de la mise à jour des données médicales figurant dans les DLU <i>Article D344-5-8 CASF (2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne)</i>		
	Les missions de surveillance médicale et technique des adaptations prothétiques et orthoptiques sont-elles réalisées ?	Oui	Le médecin généraliste assure le suivi médical des adaptations prothétiques.
	Continuité de la prise en charge médicale pendant WE, congés, absences Médecins(s) prescripteur(s) et continuité de la fonction de prescription Combien de MT exercent sur la structure ? Répartition MT/résidents Interventions sur site ou extérieures ?	Oui	L'organisation de la prise en charge médicale a été décrite au point de contrôle 3.8.2. « Plannings et continuité des soins ». La continuité de la prise en charge médicale pendant les week-ends et les absences est assurée par les médecins de la plateforme [REDACTED]. Ceux-ci ont un accès à distance aux dossiers médicaux numérisés de la structure. Les deux médecins se partagent entre eux les temps de présence au sein de l'établissement lorsqu'ils prennent des congés.. Par ailleurs, le médecin généraliste lorsqu'il prend des congés, son remplaçant assure la prise en charge des résidents accompagnés de l'EAM. Les deux médecins de la structure prennent en charge chacun tous les résidents. Il n'y a pas une véritable répartition des résidents entre les deux praticiens. Toutefois, le psychiatre suit notamment : ○ Les résidents sous neuroleptiques ; ○ Les résidents ayant une trisomie 21 ; ○ Les résidents avec des troubles psychiques (e.g. psychotiques). Des réunions de coordination médicale ne sont pas organisées au sein de l'EAM.
	Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché à l'EAM ou extérieur ?	Non	Les deux médecins exerçant au sein de l'EAM, de même que les médecins de la [REDACTED] prescrivent dans les dossiers médicaux numérisés. Le médecin généraliste libéral et les médecins de la plateforme [REDACTED] ont « extérieurs » à la structure.
	Un cabinet médical est-il présent dans la structure	Non	Il n'y a pas de cabinet médical proprement dit au sein de l'EAM. Un bureau localisé au 5 ^{ème} étage est dédié au psychiatre et au psychologue de la structure.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Le médecin généraliste est accueilli au sein de l'infirmierie lorsqu'il est présent au sein de l'EAM. Il a la possibilité de consulter les résidents au sein de l'infirmierie ou dans leur chambre. Bien que les deux espaces permettraient d'assurer la confidentialité des échanges entre le médecin et le résident de par leur configuration, le partage de ces espaces avec d'autres soignants rend le colloque singulier difficile à mettre en place.
	3.8.4. Psychologue Présence Statut Temps de travail Missions Traçabilité du travail réalisé Article D344-5-13 CASF (1° - e) Psychologue)		La psychologue, [REDACTED], travaille à temps partiel dans l'établissement. Elle est présente les mardis après-midis et les vendredis toute la journée. Le mardi après-midi, sont organisées des réunions de synthèse où les projets individualisés des résidents sont préparés avec les équipes et le coordonateur. La psychologue s'occupe de la saisie des projets individualisés et garantit leur signature par les tuteurs. Les comptes rendus de ces réunions ont été adressés à la mission. La signature des PAI par les tuteurs a été constatée par la mission. Des réunions cliniques avec le cadre de santé, l'IDE, le médecin psychiatre avaient également lieu un mardi par mois sur cette même plage horaire. Elles ont été mises en pause depuis quelques semaines en vue de la préparation de l'évaluation externe qui aura lieu après l'été. Le vendredi matin la psychologue voit en entretien quelques résidents. Elle anime également un groupe de paroles avec les résidents qui le souhaitent le vendredi toujours à la même heure, le même jour. La psychologue passe dans les étages et propose aux résidents de venir rejoindre le groupe accompagné par une soignante. Les sujets abordés sont divers : la famille, les souvenirs d'enfance, la vie au foyer. Le vendredi après-midi est un temps pour les écrits, les échanges informels avec les autres cadres. Il n'existe pas de temps officiel hors projet personnel individualisé destiné aux familles. Toutefois, si une famille en fait la demande la psychologue la reçoit.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.5. L'infirmierie Une infirmierie, distincte du cabinet médical est-elle présente dans la structure ? Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Accès pour les soignants Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ? Respect de la confidentialité ?	Oui	Il existe une infirmierie située au 1er étage dont l'entrée est sécurisée par un code d'accès. Tous les salariés disposent du code d'accès. Le nettoyage de l'infirmierie est assuré quotidiennement par les agents de service intérieur (ASI) pour le sol et par les infirmiers pour les différentes surfaces. La fiche de traçabilité de son nettoyage n'est pas élaborée. L'infirmierie était propre le jour de la visite sur site.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?	Oui	La porte de l'infirmerie était fermée lorsqu'un soignant ne s'y trouvait pas. Le respect de la confidentialité des échanges d'informations médicales entre les professionnels de l'EAM est effectif. La réserve de pharmacie, située au même étage et à proximité immédiate de l'infirmerie, est sécurisée par clé. Celle-ci contient le stock des médicaments pour les besoins urgents. La liste de médicaments et de dispositifs médicaux s'y retrouvant n'est pas établie. Il ressort des entretiens que le contrôle des périmés est assuré mensuellement, mais la traçabilité de ce contrôle n'est pas encore mise en place. Écart 23 : La liste des médicaments et des dispositifs médicaux du stock pour les besoins urgents n'est pas dressée, contexte qui nuit à la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF³⁴. Le contrôle mensuel des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux de ce stock n'est pas tracé, ce qui induit un risque relatif à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article précité & art. R4312-38 CSP
	Paillasse monobloc avec « coup de torchon » intégré,	Oui	
	Lave main avec robinet et savons commandés au coude	Non	La paillasse monobloc comportait un évier sans robinet commandé au coude.
	Chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements.		L'EAM dispose de trois chariots de distribution des médicaments soit un par étage de prise en charge. Le chariot du premier étage, équipé d'une serrure à code et à clé, avait son système de sécurisation qui était défaillant. Remarque 29 : Le chariot de distribution des médicaments du premier étage ne peut plus être sécurisé car son système de fermeture est défaillant. La propreté des piluliers est adéquate. Chaque pilulier est composé, d'une part d'une cloison permettant d'afficher le nom et le prénom du résident ainsi que sa photographie, et d'autre part de deux compartiments. Le premier compartiment comporte le rouleau des médicaments pour une semaine (i.e. du mardi de la semaine en cours au lundi de la semaine prochaine), et le deuxième compartiment les médicaments hors piluliers.

³⁴ **Article L311-3 (1°) du CASF** : « L'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 :

3° **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Les médicaments multi-usages ont la date de péremption reportée sur la boîte. Les médicaments multi doses ont le nom du résident et la date d'ouverture consignés sur la boîte.
	Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique)	Oui	Ces produits étaient disposés à plusieurs endroits dont à l'infirmierie et dans chacune de trois salles de restauration.
	Poste informatique relié au réseau avec imprimante	Oui	Un poste informatique est disponible au sein de l'infirmierie.
	Réfrigérateur avec thermomètre (température tracée)	Partiellement	La mission a constaté dans le classeur de relevé de températures, que cela n'était pas fait tous les jours. Le jour de la visite, le réfrigérateur était à 6 degrés. La vérification de la péremption est effectuée toutes les 3 semaines. Le nettoyage du réfrigérateur est effectué 1 fois par semaine, mais il n'existe pas de fréquence de nettoyage protocolisée. Le réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles est localisé à l'infirmierie. Le jour de l'inspection des denrées alimentaires s'y retrouvaient. Sa feuille de surveillance quotidienne des températures est dressée. Le relevé quotidien n'est en revanche pas effectif. Les températures relevées et saisies sur cette feuille sont toutes comprises entre +2 et +8 °C. La feuille de vérification des dates de péremption n'est pas encore élaborée, ni celle de son nettoyage et dégivrage. Il ressort des entretiens menés, que le contrôle des dates de péremption du réfrigérateur à médicaments thermosensibles est assuré régulièrement, mais celui-ci ne fait pas l'objet d'une traçabilité. Le contenu du réfrigérateur comportait : des insulines et des suppositoires laxatifs. Remarque 30 : La mesure de la température du réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles n'est pas quotidienne, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux recommandations de l'ordre national des pharmaciens sur la gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid (déc.2009 et oct.2012) et aux préconisations de l'OMEDIT Normandie sur la gestion des produits de santé thermosensibles. Ainsi les qualités thérapeutiques de ces types de médicaments se préservent exclusivement au froid, et leur conservation en dehors de l'intervalle de température préconisé (+2, +8°C) peut entraîner la dénaturation de leur structure et conduire à des complications cliniques suivant leur administration. Remarque 31 : Le réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles comportait au jour de l'inspection des denrées alimentaires. Remarque 32 : La feuille de vérification des dates de péremption des médicaments contenus dans le réfrigérateur des médicaments thermosensibles n'est pas encore établie, ni celles relevant la fréquence de son nettoyage et de son dégivrage.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmerie ? Armoire contenant les médicaments hors PDA, sécurisation	Non	Les médicaments hors PDA sont stockés nominativement au niveau des bannettes individuelles des trois chariots de distribution des médicaments.
	Trousse ou chariot d'urgence : Un ou plusieurs Accessibilité le jour Accessibilité la nuit		Le chariot d'urgence est localisé au sein de l'infirmerie dans un espace qui lui est dédié et à proximité immédiate des deux extracteurs. Il est accessible aux professionnels H24. Il n'était pas scellé le jour de l'inspection, ce qui ne garantit pas sa complétude et la disponibilité de tous les produits pharmaceutiques en cas d'urgence. Il comportait : des médicaments à visée neurologique notamment ceux nécessaires pour la gestion des crises d'épilepsie nécessitant une intervention médicamenteuse, des médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens, des antalgiques injectables et de l'eau pour préparations injectables. Un obus d'oxygène était arrimé au chariot. Les prescripteurs des médicaments et des dispositifs médicaux pour le chariot d'urgence sont les deux médecins qui exercent au sein de l'EAM. Le contrôle des dates de péremption est mensuel, mais la fiche de traçabilité de ce contrôle n'est pas élaborée. La liste des médicaments et des dispositifs médicaux qui rentrent dans sa constitution n'est pas dressée. L'absence d'une liste de dotation du chariot d'urgence remet en question sa complétude. En effet, il n'y a pas de document sur lequel les soignants peuvent s'appuyer pour d'une part commander mensuellement les médicaments et dispositifs médicaux consommés, et d'autre part constituer les supports de sa vérification mensuelle. Remarque 33 : La liste de médicaments et de dispositifs médicaux qui constituent la dotation du chariot d'urgence n'est pas établie, ce qui ne permet pas d'avoir de points de repères pour le contrôle de sa complétude. De fait, il n'existe pas de fiche de contrôle mensuel et après chaque utilisation du chariot d'urgence. Enfin, le chariot d'urgence non scellé le jour de l'inspection, ne garantit pas non plus sa complétude et la disponibilité de tous les produits pharmaceutiques en cas d'urgence.
	Armoire de stockage des piluliers hebdomadaires (livrés conditionnés sous blister)	Non	Les piluliers hebdomadaires sont localisés dans les trois chariots de distribution des médicaments.
	Coffre toxique et moyens de sécurisation	Oui	Le coffre à stupéfiants est localisé au sein de l'infirmerie. Son système de fermeture par code n'était pas fonctionnel le jour de la visite sur site, car le coffre n'est pas utilisé actuellement. Le coffre a été ouvert au moyen d'une clé. Aucun stupéfiant n'y était présent. Le registre des stupéfiants, localisé

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			dans sa proximité immédiate, n'était pas renseigné récemment. Sa dernière date d'utilisation remonte à la fin de l'année 2024.
	Matériel d'aspiration	Oui	Ce matériel, localisé sur le chariot d'urgence, était fonctionnel le jour de l'inspection sur site.
	DAE : où ?	Oui	Le DAE est localisé dans le hall d'entrée de l'EAM. Son emplacement le rend visible au public. L'appareil est également installé dans un endroit facile d'accès. Le DAE était fonctionnel le jour de la visite sur site. Il est contrôlé régulièrement par son producteur. Bien que la signalétique soit affichée seulement à deux endroits, à savoir à l'entrée de l'établissement et à sa proximité immédiate, compte tenu de sa localisation les proches des résidents ou les visiteurs peuvent aisément apercevoir son emplacement dès l'entrée dans l'établissement. Pour les professionnels y travaillant, outre sa localisation bien visible lorsqu'on accède au hall d'entrée, les plans des locaux de chaque étage permettent d'identifier aisément son emplacement.
	Bouteille O2	Oui	Une bouteille d'oxygène était arrimée au chariot d'urgence, et située à proximité immédiate des deux extracteurs.
	Extracteur O2	Oui	Comme évoqué ci-dessus, deux extracteurs étaient disponibles au sein de l'EAM.
	ECG	Oui	Un ECG est disponible au niveau de la réserve des médicaments.
	Poubelle et container DASRI	Oui	Un container DASRI, disposé au niveau de l'infirmerie, constituait le point d'entrée dans le circuit. La description de ce circuit a été faite au point de contrôle 2.5.2. « Les déchets associés aux soins à risque infectieux ».
	Trombinoscope des résidents.	Oui	Trois trombinoscopes sont affichés au sein de l'EAM, soit un par étage de prise en charge.
	Tableau de programmation des soins.	Non	
	Matériels de pesée – Balance debout – Chaise – Plateforme – Peson		Les matériels utilisés pour la pesée des résidents comportent une plateforme de pesée qui est utilisée exclusivement même si l'EAM dispose également d'une chaise de pesée.
	Tableau mural des retours des appels malades : ou le report des appel est fait directement vers les DECT des soignants.	Non	L'EAM ne dispose pas actuellement d'un système d'appel malades. Compte tenu du public accompagné (i.e. polyhandicap, déficience intellectuelle sévère), il a été déclaré lors des entretiens que la structure a pris la décision de ne pas s'équiper d'un système d'appel malades. Ceci est en contradiction avec la demande de crédits non reconductibles en 2023 et 2024 pour s'équiper d'appels-malades. CF écart 17
	Consignes Accident Exposition au Sang	Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.8.6. <u>La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)</u> Composition de l'équipe de rééducation et plages horaires La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ?	Oui	Au 2ème étage se situe une salle multi-sensorielle et une baignoire thérapeutique qui a remplacé la salle dite "snoezelen" depuis 1 an. L'équipe de rééducation comporte : ○ ■■■■ kinésithérapeutes pour ■■■■ ETP. Un kinésithérapeute est présent du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et le deuxième les mardis et les vendredis sur le même créneau horaire. La salle de kinésithérapie est utilisée pour la rééducation des résidents. Ainsi, maximum deux résidents y sont pris en charge simultanément dans cette salle. ○ Un psychomotricien pour ■■■■. Le psychomotricien, ■■■■ au sein de la structure, est présent les mercredis. Celui-ci intervient auprès des résidents dans la salle d'activités et dans la balnéothérapie. Il convient de préciser en outre qu'un professionnel intervient deux fois par mois pour assurer la maintenance des fauteuils roulants. <i>Salle de kinésithérapie :</i> Localisé au troisième étage, la salle de rééducation d'environ 30 m² comporte du matériel pour la rééducation motrice individuelle et collective. Ainsi, son équipement comporte : un tapis de marche, deux ergocycles, trois espaliers, une table de rééducation et du petit matériel pour la rééducation motrice. <i>Salle de psychomotricité :</i> Il n'existe pas de salle de psychomotricité. Le psychomotricien, ■■■■ est présent un jour par semaine au sein de l'EAM. Lorsqu'il est présent au sein de la structure, le psychomotricien prend en charge les résidents dans leur chambre ou dans la salle d'activités du 4ème étage. <i>La balnéothérapie et la salle Snoezelen</i> La balnéothérapie et la salle Snoezelen sont localisées actuellement dans la même pièce au 2ème étage de l'EAM. Cette pièce, située dessus de la salle de kinésithérapie, a environ 30 m². L'espace est contigu et non pourvu d'une cloison de séparation entre la baignoire et la partie Snoezelen. La baignoire est utilisée le plus souvent par la psychomotricienne pour la prise en charge rééducative des résidents.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	La salle de rééducation est-elle adaptée aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents accueillis, notamment des installations de balnéothérapie. ?	Oui	Les espaces de rééducation (Cf. aux informations écrites ci-dessus) sont adaptés à la prise en charge rééducative des résidents accompagnés. Ils comportent en outre une baignoire utilisée principalement pour la prise en charge psychomotrice des résidents accompagnés.
	Les missions d'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires sont-elles réalisées ?	Oui	Il ressort des entretiens menés que les missions de rééducation fonctionnelle pratiquées dans cette structure de soins visent notamment à rétablir la coordination entre les perceptions sensorielles et l'acte moteur. Il s'agit d'une approche axée sur les tâches visant à améliorer le contrôle du mouvement, en se concentrant sur le réapprentissage des activités quotidiennes. Cette approche contribue à l'amélioration des réflexes, au rétablissement de la posture, ainsi qu'à la diminution des douleurs chroniques.
	Une utilisation est-elle faite de toute technique adaptée de kinésithérapie ou de psychomotricité et l'utilisation d'aides techniques pour l'amélioration et la préservation des potentialités motrices ?	Oui	La prise en charge rééducative des résidents (i.e. kinésithérapie, psychomotricité) a été analysée dans les six dossiers médicaux papier sélectionnés et consultés le jour de l'inspection sur site. Des fiches de suivi de kinésithérapie ont été présentes dans quatre dossiers des six étudiés. La consignation du suivi kinésithérapique apporte des informations relatives aux approches de rééducation et aux techniques employées au sein de la structure.
	Organisation pour l'adaptation de l'appareillage	Oui	Le médecin généraliste libéral est à l'origine des prescriptions pour l'adaptation de l'appareillage.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.7. Gestion des urgences médicales Existe-t-il une conduite à tenir en cas d'urgence vitale y compris la nuit ? = procédure validée, numéro d'urgence, chariot d'urgence... ? <u>Article R4312-43 CSP (IDE applique les protocoles médicaux)</u> <u>Article R4311-14 CSP (En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable).</u> <u>HAS GUIDE D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap juillet 2017</u>	Oui	La conduite à tenir en cas d'urgence vitale, bien qu'élaborée, n'est pas affichée dans l'infirmerie. Selon cette procédure le numéro téléphonique à contacter en cas d'urgence vitale est le 15. Cette procédure, datée du 12 juin 2024, ne comporte ni le nom et le prénom de son rédacteur, ni les signatures relatives à sa validation par le cadre de santé et le directeur de la structure. Le numéro de sa version n'y est pas consigné. Lorsqu'une urgence relative survient, les professionnels qui la prennent en charge peuvent appeler le dispositif [REDACTED] pour se faire guider par celui-ci afin de prodiguer les actes de soins indiqués au résident.
	Le matériel pour faire face à une urgence (aspirateur mucosités/BAVU et O2) et le matériel pour prise des constantes sont-ils accessibles 24h/24h ? Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ?	Oui	Le matériel dédié à la prise en charge d'une urgence vitale est disponible au niveau de l'infirmerie localisée au 1 ^{er} étage dans un espace qui lui est dédié. Seul le défibrillateur (DAE) se situe au rez-

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Article D344-5-6 CASF (1° Matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales, dans l'attente de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent vers un établissement de santé) ; Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation des matériels d'urgence ?	Oui	de-chaussée dans le hall d'accueil de l'EAM. En ce qui concerne la fonctionnalité de ces matériels, l'aspirateur des mucosités était fonctionnel le jour de la visite sur site et un obus d'oxygène était arrimé au chariot d'urgence. La localisation du chariot d'urgence est adaptée. Trois dynamap, soit un par étage de prise en soin, sont disponibles au sein de la structure, permettant ainsi la prise des constantes. Ces matériels sont entreposés dans l'infirmerie et sont disponibles pour les soignants H24. La formation obligatoire aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) a été dispensée aux professionnels de la structure courant 2023 (5 juin, 18 septembre) et courant 2024 (25 mars). Le « volet pratique » de cette formation permet aux professionnels d'acquérir des compétences permettant d'utiliser correctement le matériel d'urgence. Il convient de rappeler que la durée de validité de cette formation est de quatre ans.
	Dotation du chariot d'urgence ? Signée ? Mise à jour ?		La dotation du chariot d'urgence n'est pas consignée dans un document dédié.
	Le chariot d'urgence est-il scellé ?	Non	Les informations relatives au chariot d'urgence ont été décrites au point de contrôle 3.8.5 « L'infirmerie. »
	Contenu du chariot d'urgence : Vérifié ? Absence de produits périmés ? Article R4312-38 CSP (L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption)	Oui Oui Oui	Le chariot d'urgence de l'EAM comportait : - Des médicaments anticonvulsivants, antiinflammatoires, antalgiques. Il convient de préciser que les classes médicamenteuses suivantes étaient absentes du chariot : médicaments à visée cardiovasculaire (e.g. dérivés nitrés, amiodarone), diurétique (i.e. furosémide), respiratoire (beta2-adrénérgiques) ; - Un obus d'oxygène ; - Du matériel de ventilation ; - Des dispositifs pour accès vasculaire et injections ; - Du matériel d'aspiration. Remarque 35 : Le chariot d'urgence ne disposait pas au jour de l'inspection sur site des médicaments à visée cardiovasculaire, diurétique et respiratoire utilisés habituellement en situations d'urgence vitale conformément aux recommandations de l'Omédit Île-de-France. Par ailleurs, la fiche du contrôle mensuel et après chaque utilisation du chariot d'urgence n'était pas élaborée (voir point de contrôle 3.8.5 « L'infirmerie »). Il ressort des entretiens menés que le contrôle mensuel du chariot d'urgence est effectif, mais il n'y a aucune traçabilité de ce contrôle. Les membres de la mission d'inspection ont contrôlé une partie des médicaments du chariot d'urgence et aucun des produits contrôlés n'était périmé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Le défibrillateur automatisé externe est-il : Présent au sein de la structure ? <u>Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes</u> (Obligation de détenir un DAE pour les IME/IEM accueillant plus de 20 personnes (catégorie I)) <u>Article R6311-15 CSP</u> (Toute personne, même non médecin, est habilitée à utiliser un défibrillateur automatisé externe répondant aux caractéristiques définies à l'article R. 6311-14). En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignote) <u>R157-4 CCH</u> (Directeur responsable de la maintenance et contrôle qualité du DAE)	Oui Oui	Le DAE est localisé dans le hall d'entrée de l'EAM. Son emplacement le rend visible au public et l'appareil est installé dans un endroit facile d'accès. Le DAE était fonctionnel le jour de la visite sur site. Il ressort des entretiens menés qu'il est contrôlé régulièrement par son producteur, mais les professionnels interviewés ne pouvaient préciser ni la date de son dernier contrôle ni la fréquence des celui-ci. Remarque 36 : Les dates de contrôle régulier du DAE par le fabricant ne sont pas tracées sur une fiche. Ce mode de fonctionnement ne permet pas de prévoir la date de sa prochaine visite de contrôle.
	3.8.8. Les prises en charge		
3.8 Champ thérapeutique	1.1.1.4. Les prescriptions médicales Les prescriptions sont-elles conformes en comportant les données actualisées suivantes : - Date de la prescription	Oui Oui	Les prescriptions médicamenteuses sont disponibles exclusivement sous format papier. Aucune saisie n'a été encore réalisée pour ces prescriptions, dans les dix dossiers médicaux numérisés analysés. Toutefois, les plans des soins prescrits dans les dossiers numérisés, consignent les heures d'administration des médicaments pour chacun de ces dix résidents (voir ci-dessus, « Analyse des plans de soins »). Remarque 37 : Les éléments cliniques relatifs aux résidents (e.g. interrogatoire, observations médicales et infirmières) sont notés depuis quelques mois sous format numérisé (i.e. logiciel NETVie™) alors que les prescriptions médicamenteuses sont encore faites exclusivement sous forme d'ordonnance papier. Les ordonnances médicamenteuses présentes dans les six dossiers analysés le jour de l'inspection sur site, comportent tous les éléments réglementaires cités ci-contre. Le respect des durées maximales de prescription pour certaines classes thérapeutiques (e.g. neuroleptiques, benzodiazépines) est effectif.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	- Nom, qualité et signature du prescripteur - Dénomination, posologie, durée et voie d'administration - Dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - Respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois)	Oui Oui Oui Oui	
3.8 Champ thérapeutique	1.1.1.5. Les prescriptions de rééducation Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ?	Oui	Il ressort des entretiens menés que la prise en charge kinésithérapique se fait exclusivement sous ordonnance médicale. En effet, après la prise en charge médicale d'un nouveau résident accueilli dans la structure, le médecin qui l'a examiné prescrit une ordonnance de rééducation motrice à l'attention de l'un des deux kinésithérapeutes exerçant au sein de la structure.
3.8 Champ thérapeutique	1.1.1.6. Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...) Quels professionnels établissent les prescriptions initiales de dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques ?	Oui	Le médecin généraliste libéral prescrit les ordonnances initiales de dispositifs médicaux d'appareillage ou d'aides techniques.
3.8 Champ thérapeutique	3.8.9. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs La structure bénéficie-t-elle de l'intervention de professionnels de santé externes, dont PS libéraux ? Quels sont les différents supports pour les transmissions des intervenants extérieurs (soins, kiné, orthophoniste, etc.) ? Article D344-5-15 CASF ANESM RBP « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » ; juillet 2013 « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'adaptation de l'intervention auprès de personnes handicapées vieillissantes », HAS 2015	Oui	Un des deux kinésithérapeutes est professionnel libéral. Ces deux professionnels tracent leurs interventions au niveau des fiches de rééducation qui sont rangées dans les dossiers médicaux papier des résidents accompagnés. Les infirmières libérales qui interviennent au sein de la structure pour assurer biquotidiennement l'administration des poches de nutrition entérale, tracent leurs observations sur des fiches de prise en charge des gastrostomies qui font partie du dossier papier des deux résidents concernés.
	3.8.10. Les procédures et protocoles L'établissement a-t-il formalisé des protocoles de soins, procédures ou conduites à tenir dans diverses situations ;	Oui	La liste des protocoles et des procédures disponibles actuellement au sein de l'EAM a été communiquée par la direction de la structure à la mission d'inspection. quinze protocoles ou

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Procédures validées ? Les professionnels connaissent-ils ces protocoles de soin? Savent-ils les trouver ? Article D344-5-3 CASF (7° <i>Accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins</i>) ; Article R4312-43 CSP (IDE applique les protocoles médicaux) Article R4311-3 CSP (Protocoles de soins infirmiers) Article R4311-8 CSP (L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers). Article R4311-14 CSP (En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable). HAS GUIDE D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap. Juillet 2017	Non	procédures y sont consignés. Par ailleurs, un document relatif aux conduites à tenir en cas d'urgence (i.e. 24 fiches), élaboré par l'ARS Île-de-France, est affiché au sein de l'infirmerie. L'affichage de plusieurs protocoles et procédures génériques (e.g. fièvre, douleur) et individuelles (e.g. récapitulatif des protocoles épilepsie, récapitulatif des états d'agitation) permet aux soignants de trouver rapidement l'information relative à ces sujets. Les procédures : d'urgence vitale, de prise en charge de la douleur, de prévention des escarres ont été analysées par la mission d'inspection. Les conclusions de cette analyse sont : - Le nom et le prénom du rédacteur ainsi que ceux des valideurs n'y sont pas consignés ; - Le numéro de version des procédures ainsi que la date de leur élaboration et validation n'y sont pas notés ; - Le contenu de ces procédures est trop succinct ; - Certaines procédures ne sont pas encore élaborées (e.g. fin de vie, contention).
	1.1.1.7. Le traitement de la crise épileptique		
	Procédure de décision de traitement Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie. HAS, décembre 2023	Partiellement	La procédure de prise en charge des crises d'épilepsie fait partie des vingt-quatre fiches élaborées par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France. Ces fiches, écrites à l'attention des soignants exerçant en établissements médico-sociaux, traitent les principales urgences qui peuvent survenir dans ces types de structures. La fiche relative aux crises convulsives indique aux soignants de rechercher le protocole médical individualisé et de l'appliquer. Un récapitulatif des protocoles d'épilepsie individuels est en outre disponible et affiché au sein de l'infirmerie. Quatre résidents sont concernés. Le traitement à administrer en cas de crise (molécule thérapeutique, posologie, voie, observation à l'issue de l'administration du traitement antiépileptique) y est indiqué. Les traitements cités dans les protocoles individuels sont stockés dans le chariot d'urgence. Il convient cependant de constater que les symptômes et les signes cliniques indiquant le recours au traitement antiépileptique consigné dans les protocoles d'épilepsie individuels ne sont spécifiés ni dans la procédure ARS ni dans le récapitulatif des protocoles d'épilepsie individuels.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 24 : Chaque protocole individuel nominatif ou protocole généraliste n'est ni daté, ni signé et ne comporte pas la mention des symptômes, signes cliniques et signes de gravité à rechercher par le soignant pour la mise en œuvre du protocole de prise en charge d'une crise d'épilepsie ou crise convulsive, ce qui ne respecte pas les articles R4311-7 et R4311-14 du CSP et les bonnes pratiques professionnelles sur les protocoles infirmier de soins d'urgence (PISU : Note d'information no DGOS/R2/2016/244 du 22 juillet 2016 relative aux protocoles infirmiers de soins d'urgence_SFAR, SFMU, SRLF, CFRC, CARUM, mars 2016 ; SFMU, l'IDE seul devant une situation de détresse médicale, décembre 2011). L'absence de mention dans le document transmis des professionnels concernés par l'application ne permet pas d'identifier les AS ou AES formés et chargés de les appliquer car le document n'est pas conforme à l'article R4311-4 et L4311-1 du CSP
	Procédure de délégation par les IDE et professionnels formés <u>Article D344-5-12 CASF (L'organisation et la composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie garantissent :</u> <u>2° La cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants) ;</u>		Comme évoqué au point de contrôle 3.9.6. « Distribution et administration » les soignants en CDI et CDD longs sont formés et habilités à l'administration des médicaments, y inclus l'administration des médicaments antiépileptiques.
	Procédure d'administration	Oui	Le récapitulatif des protocoles d'épilepsie individuels correspond à la procédure d'administration. Cette procédure comporte pour chaque résident concerné : le nom de la molécule thérapeutique à administrer en cas de crise d'épilepsie, sa voie d'administration et son dosage. Toutefois, ce récapitulatif n'indique pas les caractéristiques cliniques qui déterminent la mise en place d'un traitement antiépileptique chez un résident en crise d'épilepsie.
	Produits adaptés disponibles	Oui	Le contrôle du chariot d'urgence a permis à la mission d'inspection de constater que des traitements antiépileptiques y sont disponibles en peuvent être administrés rapidement cas de survenue d'une crise d'épilepsie chez un résident épileptique connu.
	1.1.1.8. La prévention des escarres		
	Procédure détaillée. <u>Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé HAS, novembre 2001.</u>	Non	La procédure « Escarres : Prévenir les escarres chez un patient alité et traiter les escarres constituées » comporte une seul volet, à savoir : prévenir les escarres. Cette procédure ne comporte ni l'indication de sa version et de sa date d'élaboration, ni les professionnels ayant participé à son rédaction et à sa validation. Elle traite en outre seulement la

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			prévention des escarres en trois parties : déroulement du soin, surveillance, consignes et conseils pratiques. Aucune définition des escarres, de leur classification en quatre stades, et de leur prise en charge curative n'y sont consignés. Remarque 38 : La procédure de prise en charge des escarres n'est pas complète, notamment sur son volet de traitement curatif. Remarque 39 : La procédure de prise en charge des escarres n'est ni datée, ni signée par son rédacteur et par ses valideurs.
	1.1.1.9. Le traitement de la douleur		
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur³⁵ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ? Article L1110-5 CSP (<i>droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur</i>) Article L1112-4 CSP (<i>prise en charge de la douleur en ESMS</i>) Article R4311-2, 5° CSP (<i>Rôle propre de l'infirmier et douleur</i>) Article D344-5-3 CASF (<i>L'établissement 4° Porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique</i>) ; Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999.	Non Non	L'analyse de dix dossiers médicaux numérisés n'identifie aucune évaluation de la douleur chez ces résidents (recherche réalisée dans l'onglet médical ou onglet soins, sous-onglet relevés pour la période août 2024 – août 2025). En outre, l'analyse des pathologies des dix résidents ayant fait l'objet de l'analyse de l'évaluation de leur douleur, permet de préciser que ceux-ci n'ont pas une indication de traitement antalgique et par conséquent d'une évaluation régulière de la douleur. Les entretiens menés précisent en outre que les soignants ne disposent pas d'une échelle d'évaluation de la douleur adaptée aux besoins des résidents accompagnés.
	Gestion des douleurs identifiées : procédures et protocoles HAS, « Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux », 2017 Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.	Oui	Deux documents nommés protocoles de prise en charge de la douleur ont été communiqués aux membres de la mission d'inspection. 1) Le protocole « douleur », daté et signé par son rédacteur, propose « en l'absence de protocole spécifique » d'administrer un des deux antalgiques suivants : Paracétamol ou Ibuprofène. Le protocole ne comporte aucune information relative : au contexte d'évaluation de la douleur, à la modalité de son évaluation, au classement de différents types de douleur, à la classification des molécules antalgiques, à l'arbre décisionnel permettant d'établir quel type d'antalgique doit être administré selon le type et l'intensité de la douleur. 2) Le « récapitulatif des protocoles douleur » établi pour dix résidents. Pour chaque résident, selon le type de douleur qu'il éprouve, un traitement antalgique est prescrit avec sa

³⁵ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			posologie, sa recommandation, et son indication. Toutefois, ce protocole n'indique pas à partir de quelle intensité de la douleur ces traitements doivent être administrés. Écart 25 : En l'absence d'évaluation de la douleur, les protocoles génériques et individuels ne prévoient que l'administration d'antalgiques, et ne précisent ni l'intensité de la douleur à partir de laquelle le traitement est indiqué, ni l'arbre décisionnel permettant de faire le lien entre le type et l'intensité de la douleur et le type de médicament antalgique à administrer. Cette situation contrevient aux dispositions des articles L 1112-4 et R 4311-8 du CSP et D 344-5-3 du CASF
	1.1.1.10. Les soins palliatifs		
	Si résident en fin de vie, l'accompagnement est-il organisé ? Article L1111-11 Article R1111-18 Article R1111-19 CSP (Directives anticipées)	Oui	Un accompagnement personnalisé est assuré en suivant les indications de l'équipe mobile de soins palliatifs [REDACTED]
	Prise en charge des fins de vie Article R4312-43 CSP (Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé). L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes HAS, mars 2018 Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie HAS 2020 Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad, HAS 2018	Oui	La HAD n'intervient pas auprès des résidents en fin de vie. C'est l'équipe mobile de soins palliatifs [REDACTED] qui assure leur prise en charge. Lorsqu'une telle prise en charge survient à l'EAM, l'équipe mobile se déplace et réalise les prescriptions nécessaires dans ce contexte. En cas de besoins, des prescriptions morphiniques orales sont mises en place.
	Convention HAD/soins palliatifs ?	Non	
	1.1.1.11. Les contentions		
	Existe-t-il une ou des procédures existantes concernant les contentions et matériels de prévention des chutes ? Prescription conforme RBBP ? Evaluation B/R régulière ?? Traçabilité dans les dossiers ? NB : l'annexe au contrat de séjour n'est pas opposable hors EHPAD, cf Article L311-4-1 et Article R311-0-5 Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, HAS, octobre 2018. Contention physique de la personne âgée, HAS, janvier 2010	Non Partiellement Oui Non	Il n'y a pas de prescription médicale de contention au sein de la structure. Toutefois, il ressort des entretiens menés que des barrières de lits sont souvent utilisées la nuit. Les soignants auditionnés précisent que les barrières des lits utilisées au sein de la structure permettent aux résidents de quitter leurs lits en toute autonomie. En effet, un espace est spécialement conçu pour permettre au résident de se lever et de sortir du lit sans baisser la barrière. Les entretiens permettent de préciser également que des ceintures pelviennes sont employées en journée pour certains résidents. Il ressort des entretiens menés que les ordonnances d'achat des lits avec barrières sont prescrites par les deux médecins de l'EAM. Une analyse de la balance bénéfice/risque est en outre systématiquement réalisée en équipe pluridisciplinaire (e.g. médecins, coordinatrice des soins, IDE, parfois le reste de l'équipe soignante), mais ses conclusions ne sont pas tracées dans les dossiers médicaux des résidents concernés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Le consentement du résident ou de son représentant légal le cas échéant sont demandés oralement, mais des consentements écrits ne sont pas recueillis. Leur réévaluation est régulière, mais les soignants interviewés ne peuvent pas préciser la fréquence de ces réévaluations. Écart 26 : La traçabilité des prescriptions de contention (i.e. barrières de lit) n'est pas effective dans les dossiers médicaux papier et numérisés analysés, alors que des barrières de lit sont utilisées la nuit chez plusieurs résidents, limitant leur liberté d'aller et de venir, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF³⁶. Remarque 40 : La traçabilité des conclusions de l'analyse initiale de la balance bénéfice/risque de mise en place d'une contention physique chez un résident, qui est réalisée en équipe pluridisciplinaire, n'est pas effective. Remarque 41 : Le consentement du résident ou de son représentant légal ne sont pas recueillis par écrit, lorsque la mise en place d'une contention physique est nécessaire et conservé dans le dossier administratif.
	3.8.11. Les accompagnements		
	Transmissions d'information lors d'une CS extérieure ou transfert ? dossier contenant : 1° Une fiche exposant de façon simple les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par la personne ; 2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne ; 3° Une fiche de liaison paramédicale indiquant les soins quotidiens et les éventuelles aides techniques dont la personne a besoin ; 4° Une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propres à la personne. Article D344-5-8 CASF	Partiellement	Les informations transmises lors d'une consultation extérieure au moyen du dossier de liaison d'urgence (DLU) ont été présentées au point de contrôle 2.2.6. « La complétude des dossiers médicaux ».
	Accompagnement en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, par une tierce personne la connaissant.	Oui	L'accompagnement des résidents en consultation est développé au point de contrôle 3.8.2. « Plannings et continuité des soins ».

³⁶ [Article L311-3 \(1°\) du CASF](#) : « L'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** ; »

3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	3.9.1. <u>Le circuit du médicament</u> Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?	Oui	Une procédure d'aide à la prise des médicaments est élaborée et mise à la disposition des soignants de l'EAM. Sa version n° 3 a été validée courant 2021. Son rédacteur n'y est pas indiqué. Les responsables en charge de sa validation ne sont pas nommés. Remarque 42 : La procédure d'aide à la prise des médicaments ne comporte ni le nom de son rédacteur ni les noms des responsables en charge de sa validation. Lors de la dernière autoévaluation du circuit du médicament (i.e. outil <u>Handicimed</u>, Omédit Pays de la Loire), qui a eu lieu fin 2024 - début 2025, plusieurs mesures correctives ont été envisagées dont fait partie la mise à jour des protocoles et des procédures du circuit du médicament. Selon les <u>recommandations de l'Omédit d'Ile-de-France et d'Auvergne Rhône-Alpes</u> la procédure du circuit du médicament se structure autour de six étapes principales à savoir : prescription, dispensation, stockage, préparation des traitements, administration / aide à la prise, surveillance. La procédure d'aide à la prise des médicaments de l'EAM Les Roseaux met l'accent notamment sur la préparation des médicaments et leur administration, et développe moins les aspects de leur stockage ainsi que ceux de surveillance soignante indiquée en post-administration. Remarque 43 : La dernière mise à jour de la procédure d'aide à la prise des médicaments date de 2021. En outre, cette procédure ne comporte que quatre des six étapes principales du circuit du médicament telles que recommandées par l'Omédit d'Ile-de-France et Auvergne Rhône-Alpes.
	3.9.2. <u>Prescription</u>		En outre, il ressort des entretiens menés que l'EAM ne dispose pas d'une procédure interne de contrôle des dates de péremption des médicaments : du chariot d'urgence, des chariots de distribution des médicaments, des armoires de stock et du réfrigérateur de médicaments thermosensibles. Remarque 44 : La procédure interne de contrôle des dates de péremption des médicaments n'est pas élaborée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			comportant les copies des ordonnances médicamenteuses en cours de validité. Par ailleurs, l'infirmier ajoute une copie de l'ordonnance dans le classeur de distribution des médicaments à l'onglet du résident concerné, et il ajoute dans les sachets aux horaires concernés en incisant le sachet et en y introduisant ou retirant les médicaments nécessaires avant d'hermétiser le sachet avec du ruban adhésif. Lorsque le traitement est prescrit pour plus d'une semaine et sur demande de l'infirmier la pharmacie peut conditionner directement le nécessaire dans la préparation de la prochaine bande de sachets préparée pour la semaine suivante.
	3.9.4. Dispensation		
	Le rôle de pharmacien d'officine référent est juridiquement limité aux officines desservant des EHPAD Article L5125-1-1 A CSP (6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur) Article L5126-10 CSP (Conventions avec officine limitées aux EHPAD)		Dont acte. Il ressort des entretiens menés que deux pharmaciens échangent régulièrement avec les soignants de l'EAM et ont la responsabilité d'assurer la délivrance hebdomadaire et en urgence des médicaments.
	La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée par : L'officine en pharmacie ? Les IDE de la structure ?	Oui Oui	La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée au niveau de l'officine de pharmacie. Une fois préparés, les piluliers qui comportent les rouleaux de médicaments de mardi matin à lundi soir sont envoyés à l'EAM chaque vendredi. Les soignants responsables de leur contrôle ont à disposition trois jours pour le réaliser. L'intégralité des piluliers délivrés est contrôlée par les infirmiers de la structure.
	La fréquence de livraison des piluliers/PDA est-elle hebdomadaire ?	Oui	Les rouleaux de médicaments envoyés chaque vendredi comportent les médicaments déblistérés qui recouvrent la période du mardi matin à lundi soir.
	Modalités de vérification de la livraison de la PDA ? Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ? Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? La gestion de vérification de la PDA et la préparation de la distribution des médicaments sont réalisées par une IDE Article R4311-5 CSP (Rôle propre IDE4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; 5° Vérification de leur prise) Article R4311-4 CSP (Délégations par l'IDE) Article R4312-38 CSP (L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption).	Oui	Les rouleaux des médicaments préparés par l'officine de pharmacie sont tous contrôlés par les infirmiers de l'EAM. La traçabilité de ce contrôle est assurée au niveau de la feuille de route transmise par la pharmacie. Les rouleaux des médicaments sont contrôlés au sein de l'infirmerie les samedis et/ou les dimanches et préparés pour être utilisés la semaine suivante. Un classeur localisé sur chacun des trois chariots de distribution des médicaments comporte les copies des ordonnances en cours de validité. Celui-ci permet aux infirmiers de contrôler l'adéquation du contenu des rouleaux avec la prescription médicamenteuse en cours de validité. Afin d'éviter que les IDE soient dérangées lors du contrôle des rouleaux des médicaments, la porte de l'infirmerie est fermée à clé.
	PDA	Non	Un double contrôle infirmier des doses à administrer est assuré : ○ Lors de leur livraison au sein de l'EAM (i.e. les samedis, les dimanches) ; ○ Avant leur administration au résident.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La préparation / vérification des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ?		La vérification de médicaments s'appuie sur la copie de la dernière ordonnance médicamenteuse qui est en cours de validité.
	3.9.5. Stokage Le stockage des médicaments se fait dans : Des armoires sécurisées ;	Non	
	Des chariots à médicaments sécurisés ?	Non	Trois chariots de distribution des médicaments (un par étage de prise en charge) sont localisés au niveau de l'infirmerie en dehors des heures de distribution des médicaments. Le chariot du premier étage a été contrôlé par certains membres de la mission d'inspection. Bien qu'il disposât d'une serrure à code et clé, celle-ci n'était plus fonctionnelle et le chariot ne pouvait plus être sécurisé lorsque l'infirmier ne se trouvait plus dans sa proximité (voir le point de contrôle 3.8.5. « L'infirmerie »).
	L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants : - Elle est dédiée à ce type de médicaments ; R5126-109 CSP (dispositif de stockage dédié)	Partiellement	Les résultats du contrôle de l'enceinte réfrigérée réalisé par certains membres de la mission d'inspection a été présenté au point de contrôle 3.8.5. « L'infirmerie ».
	- Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) et cet entretien est tracé ;	Partiellement	
	- Son entretien est tracé ;	Non	
	- Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)	Non	
	Médicaments hors PDA - Stockage nominatif ?	Oui	Les médicaments hors PDA sont stockés nominativement au niveau des bannettes des trois chariots de distribution des médicaments. Celles-ci disposent de deux compartiments : un dédié au rouleau hebdomadaire des médicaments PDA, et un dédié aux médicaments hors PDA.
	- Modalités de stockage		La dotation pour les soins urgents a été décrite au point de contrôle 3.8.5. « L'infirmerie ».
	Dotation pour soins urgents Article R5126-108 CSP		
	Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ? RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé (Flacon : page 42-6.3.2 / médicaments : page 82-11.1.1)	Oui	Il ressort des entretiens menés que les médicaments et les dispositifs médicaux stockés dans la réserve pour les besoins urgents sont contrôlés mensuellement. Toutefois, les soignants réalisant ce contrôle ne disposent pas d'une liste recensant les produits stockés, permettant d'une part le contrôle mensuel de complétude du stock et d'autre part le contrôle des dates de péremption des produits qui y sont stockés (Cf. au point de contrôle 3.9.1. « Circuit du médicament »).
	3.9.6. Distribution et administration Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? R.4311-4 CSP	Partiellement	Les rouleaux des médicaments permettent le contrôle : de leur dénomination, de leur dose, de leur nombre. Toutefois les médicaments du rouleau sont déblistérés et les infirmiers ne peuvent plus vérifier les dates de péremption des médicaments s'y retrouvant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Article R4311-7 CSP (IDE : 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ; Guide "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments" HAS 2022 La délégation de la distribution des médicaments : Est procédurée ;	Oui	La procédure d'aide à la prise des médicaments précise en outre le contexte de la délégation de la distribution des médicaments. Il ressort des entretiens menés que certains soignants ne connaissent pas la procédure d'aide à la prise des médicaments. Les entretiens précisent également que les soignants concernés par la délégation de la distribution des médicaments sont formés et habilités pour assurer cet acte de soins. Seuls les soignants en CDI ou en CDD longs y sont formés et habilités. Les entretiens précisent que la formation à la délégation est organisée en petits groupes pour la partie théorique et d'une manière individuelle pendant une heure pour la partie pratique. Une habilitation conclut cette formation.
	Est réalisée par des professionnels réglementairement autorisés en présence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES, AMP,, AVS)	Oui	
	OMéDIT IDF- Actes-possibles-d'aide-a-la-prise ESMS-PH que-dit-la-loi ?	Oui	Conformement au paragraphe précédent.
	Habilités nominativement ?	Oui	Conformement au paragraphe précédent.
	Formés		
	Quid des anti épileptiques : protocole d'administration	Oui	Des protocoles individuels d'administration des antiépileptiques en cas de déclenchement d'une crise convulsive chez l'un des cinq résidents épileptiques accompagnés au sein de la structure sont élaborés. En outre, un protocole générique de prise en charge d'une crise d'épilepsie, élaboré par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, est disponible pour les professionnels de l'EAM.
	Quid des psychotropes si besoin la nuit ? Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ? notamment la nuit ?		
	Quid des médicaments en format multi dose ou en goutte ?		
	OMéDIT IDF		
	Le broyage des médicaments est prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ?	Oui	Le broyage des médicaments est médicalement prescrit après avoir vérifié dans la liste des médicaments écrasables cette possibilité. Seuls deux résidents en nécessitent le broyage de leur médicaments (i.e. sonde de gastrostomie).
	Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments	Oui	La liste des médicaments à ne pas broyer est affichée dans l'infirmerie.
	OMéDIT IDF- « La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène » -2022		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant) Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ? Quid des WE ? L311-3 1° CASF (sécurité résident) Article R4312-35 CSP (L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi).	Oui Non	Des fiches de traçabilité de l'administration ou de la non-administration des médicaments sont disponibles. L'identité du résident (unité et prénom) et celle du soignant (initiales) y sont consignés. Lors de l'observation de la distribution des médicaments par certains membres de la mission d'inspection, il a été constaté que la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas réalisée en temps réel contrairement aux propos tenus lors des entretiens. En effet, l'infirmier a administré d'abord les médicaments à tous les résidents de l'unité et à l'issue de cette administration il a consigné dans les fiches correspondantes l'administration/la non-administration des traitements. Ayant en vue que nombre de résidents par unité est réduit, la consignation de l'administration des médicaments se fait presque en temps réel.

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u> La structure est-elle proche de moyens de transport ? L'environnement extérieur de la structure est-il sécurisant ? (Environnement à risque)	Oui Oui	L'EAM Les Roseaux se situe à 5 minutes à pied du métro Mairie de Clichy. Il est implanté en cœur de ville, proche de toutes les commodités que ce soit en termes de services, de loisirs ou de santé.
	4.1.2. <u>L'insertion de la structure dans le territoire</u> Des actions sont-elles mises en œuvre pour favoriser la médiation et l'insertion de la structure dans l'environnement immédiat ?	Oui	Lors des entretiens, il a été souvent mentionné à la mission les sorties effectuées avec les résidents. Les professionnels accompagnent les résidents à leurs rendez-vous médicaux et aussi pour faire des courses dans le quartier, aller à la médiathèque proche, au marché le week-end, voire à la messe pour ceux qui le souhaitent. Chaque vendredi, un groupe de professionnels accompagne les résidents d'un étage dans un café-brasserie du voisinage pour partager un apéritif.

4.2. Coordination avec les acteurs de soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	Accès à : Neurologie/ Orthopédie/ Psychiatrie/ Gynécologie/ ORL/ Dentiste		<i>Etablissements de santé</i> Il ressort des entretiens menés que l'accès des résidents de l'EAM Les Roseaux aux spécialités médico-chirurgicales et gynécologiques (i.e. neurologie, orthopédie, psychiatrie, gynécologie, dentiste, ORL) est assuré à travers des orientations proposées par les deux médecins y exerçant. La direction de la structure n'a pas communiqué les conventions qui relient la structure aux différents offreurs de soins proposant ces types de prise en charge.
	La structure a-t-elle passé des conventions avec : - Un ou des établissements de santé ayant un service d'urgence convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes. Article D344-5-6 CASF L312-7 CASF (coordination et continuité des PEC via convention avec ES) - Partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques. - Un laboratoire d'analyse médicale	Oui Oui	<i>Etablissement de santé disposant d'un service d'accueil des urgences</i> Pour la prise en charge des urgences un partenariat, qui n'est pas formalisé par une convention, avec l'hôpital Beaujon est effectif. Remarque 45 : L'EAM Les Roseaux dispose d'un partenariat non formalisé par une convention avec un établissement de santé ayant un service d'accueil des urgences. <i>Professionnels libéraux</i> Deux conventions sont en revanche établies avec des praticiens libéraux, à savoir : - Avec un cabinet d'orthophoniste libéral datant du [REDACTED] et signée par les deux parties prenantes. Il convient de noter que le contrat ne mentionne ni sa durée de validité ni la fréquence de son renouvellement. - Avec une entreprise de l'économie solidaire et sociale disposant d'un ergothérapeute datant du [REDACTED] seulement par l'EAM Les Roseaux. Il convient de préciser que cette convention telle que communiquée par la direction de l'EAM n'est pas effective. Une convention avec le laboratoire de biologie médicale [REDACTED] site de Clichy a été signée [REDACTED] par les deux parties prenantes.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	– Un centre de radiologie	Oui	Le centre de radiologie [REDACTED] assure la réalisation au lit du résident des examens radiologiques et échographiques. Une convention d'exercice et de collaboration a été signée [REDACTED] par les deux parties prenantes pour un an et est renouvelable annuellement par tacite reconduction.
	– Une officine en pharmacie ? –	Oui	La pharmacie d'officine à Gennevilliers s'engage à délivrer les médicaments prescrits aux résidents sous forme de des sachets thermo-soudés : - D'une manière hebdomadaire pour le traitement de fond ; - Le jour même pour les urgences ; - Le lendemain de l'envoi par courriel d'une ordonnance pour un traitement ponctuel non urgent. La convention a été signée [REDACTED] par les deux parties prenantes. Elle est effective pour un an et renouvelable par tacite reconduction chaque année.
	La convention signée entre la structure et une officine de pharmacie mentionne-t-elle :		
	- Si PDA assurée par la pharmacie, une livraison des piluliers pour une durée maximale de 7 jours ?	Oui	La livraison des piluliers est hebdomadaire.
	- La gestion des stupéfiants (prescription, livraison, traçabilité et contrôle du stock)	Non	La gestion des stupéfiants n'est pas développée dans le texte de la convention. Par ailleurs, la structure dispose d'une procédure de gestion des stupéfiants.
	- La dotation en médicaments pour soins urgent fait-elle l'objet d'une liste formalisée ?	Choisir Non	Comme évoqué au point de contrôle 3.8.5. « L'infirmier », une réserve pour les médicaments et les dispositifs médicaux faisant partie de la dotation pour les besoins urgents est disposée à proximité immédiate de l'infirmier. Les médicaments et les dispositifs médicaux s'y retrouvant ne faisaient pas l'objet d'un inventaire visant à dénombrer les stocks pour chacun d'entre eux. La traçabilité de la vérification mensuelle des dates de péremption n'était pas effective.
	- Les modalités de retour et d'élimination des médicaments	Oui	Les modalités de retour et d'élimination des médicaments au moyen des cartons [REDACTED] fournis par la pharmacie d'officine est indiquée dans la convention.

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	Le règlement de fonctionnement n'a pas été soumis à la consultation du conseil de la vie sociale du FAM Les Roseaux, ni à une autre forme de participation. Cela contrevient à l'article L311-7 du CASF.	13
<u>Écart 2 :</u>	L'absence de projet d'établissement finalisé et en cours de validité contrevient aux dispositions de l'article L 311-8 du CASF.	17
<u>Écart 3 :</u>	Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles n'est pas indiqué dans le Plan bleu. Cela contrevient au II.6° de l'article R311-38-1 du CASF.	24
<u>Écart 4 :</u>	La direction de l'établissement et l'organisme gestionnaire ne peuvent attester de la consultation des instances représentatives du personnel et du CVS sur le plan bleu. Cela contrevient au III de l'article R311-38-1 du CASF.	24
<u>Écart 5 :</u>	L'absence d'information sur les changements de direction de l'établissement et l'absence de transmission du DUD contreviennent aux dispositions des articles L 313-1 et D 312-176-5 du CASF.	28
<u>Écart 6 :</u>	L'absence de formalisation de la composition du CVS ne permet pas de garantir le respect de la répartition des sièges entre les différents collèges, et en particulier que le nombre des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil de vie sociale. Cela contrevient à l'article D311-5 du CASF.	35
<u>Écart 7 :</u>	Une salariée en CDI exerce en tant qu'AES sans avoir le diplôme correspondant. Il arrive également que ponctuellement des personnes en CDD exercent en tant que faisant fonction d'AES. Cette situation contrevient aux articles D 344-5-14 et D451-88 du CASF	52
<u>Écart 8 :</u>	La mission n'a pas retrouvé de trace d'inscription à l'Ordre des infirmiers de toutes les IDE figurant à l'effectif. L'absence d'inscription de certaines des IDE salariées à leur ordre contrevient à l'article L 4311-15 du CSP et sont donc en position d'exercice illégal de cette profession.	52
<u>Écart 9 :</u>	L'absence de chevauchement des équipes le matin n'octroyant pas un temps systématiquement dédié aux transmissions entre équipes de nuit et de jour est contraire à la sécurisation des prises en charge en soins des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.	57
<u>Écart 10 :</u>	L'absence de registre des entrées et sorties paraphé par le maire contrevient aux dispositions des articles L331-2 et R331-5 du CASF.	58
<u>Écart 11 :</u>	La traçabilité de l'évaluation pluriprofessionnelle coordonnée à l'admission est effective seulement en partie (i.e. renseignement de la fiche de liaison, synthèse de l'évaluation kinésithérapique initiale), contexte qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 (1°) du CASF.	63
<u>Écart 12 :</u>	La synthèse médicale annuelle n'est ni réalisée, ni tracée dans les dossiers médicaux analysés, contexte qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-11 (2°) du CASF. La communication annuelle de ce document aux familles ou aux représentants légaux le cas échéant est également à prévoir conformément aux dispositions du même article.	63
<u>Écart 13 :</u>	Le classeur qui constitue le DLU pour chaque résident ne comporte pas actuellement une fiche des soins paramédicaux quotidiens, contexte qui contrevient aux dispositions de l'article D344-5-8 (3°) du CASF.	64

<u>Écart 14 :</u>	Les projets de soins des résidents accompagnés, établis avec le concours de l'équipe pluriprofessionnelle, n'ont pas été retrouvés dans les dossiers médicaux papier et numérisés analysés. L'absence de leur élaboration nuit à la qualité de la prise en charge des résidents au sein de l'établissement et contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF.	64
<u>Écart 15 :</u>	En l'absence de suivi de l'état bucco-dentaire des résidents depuis 2021, l'établissement n'assure pas un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins, ce qui contrevient aux articles D 344-5-3 du CASF et L 1110-5 du CSP.	65
<u>Écart 16 :</u>	Les dossiers médicaux papier et les classeurs utilisés comme DLU ne sont pas stockés dans un endroit sécurisé, contexte qui contrevient aux dispositions des articles L1110-4 I du CSP, L311-3 (4°) du CASF et R4127-45 I du CSP.	66
<u>Écart 17 :</u>	En l'absence de mise en place d'appels-malades alors que des financements ont été sollicités et obtenus auprès de l'ARS à cet effet, l'établissement contrevient à l'article L 311-3 du CASF et aux notifications budgétaires qui lui ont été notifiées.	69
<u>Écart 18 :</u>	Les mesures adaptées pour permettre la participation de la personne accueillie aux réunions et aux décisions la concernant ne sont pas indiquées dans le contrat de séjour. Cela contrevient au 3° de l'article D344-5-4 du CASF.	75
<u>Écart 19 :</u>	La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas annexée au livret d'accueil. Cela contrevient au a) de l'article L311-4 du CASF.	76
<u>Écart 20 :</u>	La procédure associative en matière d'admission est instaurée en parallèle du système de suivi des orientations Via Trajectoire handicap, et en dérogeant à l'obligation de signalement de sa capacité d'accueil éventuellement disponible ainsi que du nombre de personnes en attente d'admission, ne respecte pas les articles L 241-6 et R146-36 du CASF et les recommandations de bonnes pratiques de la MDPH92 en matière de traitement des dossiers de demande d'admission_ selon un rythme de 15 jours des orientations CDAPH injectées dans le tableau de bord VTH de chaque ESSMS.	80
<u>Écart 21 :</u>	Les usagers ne bénéficient pas de projets personnalisés d'accompagnement actualisés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L 311-3 et D344-5-11 du CASF.	81
<u>Écart 22 :</u>	L'étude du suivi de l'état nutritionnel dans les dossiers informatisés des résidents indique que certains d'entre eux présentent une dénutrition, alors que les professionnels soignants, entretenus par la mission, qui assurent leur prise en charge, n'ont pas connaissance de cette dénutrition. Ce contexte nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.	92
<u>Écart 23 :</u>	La liste des médicaments et des dispositifs médicaux du stock pour les besoins urgents n'est pas dressée, contexte qui nuit à la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF. Le contrôle mensuel des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux de ce stock n'est pas tracé, ce qui induit un risque relatif à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article précité & art. R4312-38 CSP	102
<u>Écart 24 :</u>	Chaque protocole individuel nominatif ou protocole généraliste n'est ni daté, ni signé et ne comporte pas la mention des symptômes, signes cliniques et signes de gravité à rechercher par le soignant pour la mise en œuvre du protocole de prise en charge d'une crise d'épilepsie ou crise convulsive, ce qui ne respecte pas les articles R4311-7 et R4311-14 du CSP et les bonnes pratiques professionnelles sur les protocoles infirmier de soins d'urgence (PISU : Note d'information no DGOS/R2/2016/244 du 22 juillet 2016 relative aux protocoles infirmiers de soins d'urgence_SFAR, SFMU, SRLF, CFRC, CARUM, mars 2016 ; SFMU, l'IDE seul devant une situation de détresse médicale, décembre 2011). L'absence de mention dans le document transmis des professionnels concernés par l'application ne permet pas d'identifier les AS ou AES formés et chargés de les appliquer car le document n'est pas conforme à l'article R4311-4 et L4311-1 du CSP	112

<u>Écart 25 :</u>	En l'absence d'évaluation de la douleur, les protocoles génériques et individuels ne prévoient que l'administration d'antalgiques, et ne précisent ni l'intensité de la douleur à partir de laquelle le traitement est indiqué, ni l'arbre décisionnel permettant de faire le lien entre le type et l'intensité de la douleur et le type de médicament antalgique à administrer. Cette situation contrevient aux dispositions des articles L 1112-4 et R 4311-8 du CSP et D 344-5-3 du CASF	114
<u>Écart 26 :</u>	La traçabilité des prescriptions de contention (i.e. barrières de lit) n'est pas effective dans les dossiers médicaux papier et numérisés analysés, alors que des barrières de lit sont utilisées la nuit chez plusieurs résidents, limitant leur liberté d'aller et de venir, ce qui contrevient aux dispositions de l' <u>article L311-3 (1°) du CASF</u> .	115

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Le règlement de fonctionnement n'est mentionné ni dans le livret d'accueil des nouveaux salariés ("nouveaux entrants"), ni dans les kits d'intégration des nouveaux salariés, ce qui ne permet pas de garantir qu'il soit remis à chacun des professionnels intervenant au sein du FAM, conformément à l'article R 311-34 du CASF. Il est néanmoins affiché dans les locaux, et les professionnels savent où consulter les documents de la loi 2002-2.	13
<u>Remarque 2 :</u>	Le plan bleu transmis à la mission est incomplet, en l'absence de plusieurs annexes (Modèle de dossier de liaison d'urgence, trame pour tracer une courbe épidémique et fiche de signalement CORRUSS), d'une procédure relative à la sécurisation de l'établissement, en l'absence de précision de l'établissement de santé avec lequel une convention a été signée. La liste des matériels techniques n'est pas non plus intégrée au Plan bleu. De façon générale, le document est difficilement lisible, ce qui interroge son opérationnalité en cas de besoin.	24
<u>Remarque 3 :</u>	Tant l'organigramme que les fiches de poste ne permettent pas de clarifier le fonctionnement hiérarchique de l'équipe paramédicale et éducative. Il n'est fait aucune mention de l'IDEC dans l'organigramme, et le rôle des coordinateurs d'unité, tel qu'il est représenté, ne correspond pas au mode de fonctionnement réel de l'établissement. De ce fait, l'organigramme, non nominatif, ne remplit pas sa fonction de clarification de l'organisation et de la hiérarchie interne, ni sa fonction d'information à destination des autorités, des salariés et des résidents et de leurs proches, ce qui peut potentiellement être vecteur de tensions au sein des équipes.	26
<u>Remarque 4 :</u>	Les résultats de l'enquête de satisfaction ne sont pas affichés.	32
<u>Remarque 5 :</u>	L'absence de mention des résultats mesurables et mesurés ou d'indicateurs de suivi du PACQ dans le rapport annuel d'activité du FAM constitue un écart au regard des attendus du référentiel HAS (critères 1.1 et 3.2).	38
<u>Remarque 6 :</u>	Le livret d'accueil du FAM ne mentionne pas le numéro d'appel national 3977 « Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap »	41
<u>Remarque 7 :</u>	La procédure de déclaration des événements indésirables est à actualiser en indiquant le recours au nouveau formulaire dématérialisé sur le site https://demat.social.gouv.fr/commencer/signalereimedicosoc	44
<u>Remarque 8 :</u>	Plusieurs postes sont durablement vacants sur les fonctions soins et socio-éducatives, ce qui est susceptible de compromettre la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents.	49
<u>Remarque 9 :</u>	L'établissement n'est pas en mesure de transmettre les copies des diplômes de l'ensemble de ses salariés.	52

<u>Remarque 10 :</u>	Le plan de formation 2025 n'a pas été produit, ce qui ne permet pas d'attester de la mobilisation des moyens propres à assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels sur l'année 2025, contrairement aux années précédentes. Cette situation, si elle n'est pas corrigée d'ici la fin de l'année est susceptible de contrevenir à l'article D 344-5-10 du CASF.	53
<u>Remarque 11 :</u>	L'absence de mini-formations proposées en interne et l'absence de formation à la gestion des comportements problèmes et à la communication alternative augmentée ne permet pas d'outiller correctement les professionnels face à des comportements problèmes.	54
<u>Remarque 12 :</u>	Les professionnels sont amenés à réaliser les mêmes tâches alors qu'ils ont des qualifications différentes, contexte qui entraîne un décalage entre les tâches réalisées et les compétences requises.	58
<u>Remarque 13 :</u>	La tenue des dossiers administratifs des résidents est incomplète et disparate	59
<u>Remarque 14 :</u>	La traçabilité des observations cliniques de suivi, lorsqu'elle est présente dans le dossier médical informatisé, est fréquemment en rapport avec un événement clinique intercurrent.	61
<u>Remarque 15 :</u>	Les traitements médicamenteux des résidents ne sont pas encore consignés dans leurs dossiers médicaux informatisés. La dispersion de l'information utile à la prise d'une décision médicale ne permet pas une prise en charge optimisée en lien avec les interventions des soignants de la plateforme [REDACTED].	61
<u>Remarque 16 :</u>	L'entretien du bâtiment et spécialement des salles de bain n'est pas réalisé de façon optimale.	68
<u>Remarque 17 :</u>	L'établissement n'a pas communiqué le dernier PV en vigueur de la CCSI dont la fréquence de visite est triennale.	71
<u>Remarque 18 :</u>	La procédure d'admission transmise est un document [REDACTED] non daté, non signé. Les noms et fonctions des rédacteurs comme des personnes l'ayant vérifiée et approuvée n'y sont pas précisés.	72
<u>Remarque 19 :</u>	Les critères d'admission utilisés ne sont pas détaillés dans la procédure d'admission et cette dernière ne formalise pas non plus le traitement des situations de refus d'admission.	73
<u>Remarque 20 :</u>	Les documents institutionnels de l'établissement ne retranscrivent pas l'objectif du CPOM en lien avec la participation de l'établissement à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) ou aux plans d'accompagnement global (PAG), ce qui ne garantit pas l'inscription effective de l'établissement dans le cadre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous ».	74
<u>Remarque 21 :</u>	La notion de professionnel référent n'est pas clairement établie dans le fonctionnement de l'établissement	82
<u>Remarque 22 :</u>	Seulement 4 activités socio-éducatives sont proposées de façon récurrente dans l'année sans mention d'éventuelles activités thérapeutiques.	85
<u>Remarque 23 :</u>	La traçabilité de l'hygiène corporelle est partielle et à améliorer.	86
<u>Remarque 24 :</u>	Des mets de substitution permettant de combler les aversions alimentaires ponctuelles des résidents ne leur sont pas proposés.	88
<u>Remarque 25 :</u>	Le jeûne nocturne de certains résidents dépasse les 12 heures recommandées par le Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition.	89
<u>Remarque 26 :</u>	La prescription du régime alimentaire d'un nouveau résident lors de son admission dans la structure n'est pas systématiquement consignée dans son dossier médical informatisé. Ce double support informationnel pour les prescriptions de régime et de texture alimentaires peut conduire à une déperdition de l'information médicale.	89
<u>Remarque 27 :</u>	Les valeurs de l'albuminémie sérique ne sont pas systématiquement renseignées pour tous les résidents dans leur dossier médical.	92

<u>Remarque 28 :</u>	Le psychiatre ne dispose pas d'une fiche de poste ou d'un contrat de travail détaillant ses missions, en particulier celles dédiées à la coordination de la prise en charge médico-soignante.	95
<u>Remarque 29 :</u>	Le chariot de distribution des médicaments du premier étage ne peut plus être sécurisé car son système de fermeture est défaillant.	102
<u>Remarque 30 :</u>	La mesure de la température du réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles n'est pas quotidienne, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux recommandations de l'ordre national des pharmaciens sur la gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid (déc.2009 et oct.2012) et aux préconisations de l'OMEDIT Normandie sur la gestion des produits de santé thermosensibles. Ainsi les qualités thérapeutiques de ces types de médicaments se préservent exclusivement au froid, et leur conservation en dehors de l'intervalle de température préconisé (+2, +8°C) peut entraîner la dénaturation de leur structure et conduire à des complications cliniques suivant leur administration.	103
<u>Remarque 31 :</u>	Le réfrigérateur contenant les médicaments thermosensibles comportait au jour de l'inspection des denrées alimentaires.	103
<u>Remarque 32 :</u>	La feuille de vérification des dates de péremption des médicaments contenus dans le réfrigérateur des médicaments thermosensibles n'est pas encore établie, ni celles relevant la fréquence de son nettoyage et de son dégivrage.	103
<u>Remarque 33 :</u>	La liste de médicaments et de dispositifs médicaux qui constituent la dotation du chariot d'urgence n'est pas établie, ce qui ne permet pas d'avoir de points de repères pour le contrôle de sa complétude. De fait, il n'existe pas de fiche de contrôle mensuel et après chaque utilisation du chariot d'urgence. Enfin, le chariot d'urgence non scellé le jour de l'inspection, ne garantit pas non plus sa complétude et la disponibilité de tous les produits pharmaceutiques en cas d'urgence.	104
<u>Remarque 34 :</u>	La conduite à tenir en cas d'urgence vitale ne comporte ni le nom et le prénom de son rédacteur, ni ceux de ses valideurs. Le numéro de sa version n'y est pas consigné.	107
<u>Remarque 35 :</u>	Le chariot d'urgence ne disposait pas au jour de l'inspection sur site des médicaments à visée cardiovasculaire, diurétique et respiratoire utilisés habituellement en situations d'urgence vitale conformément aux recommandations de l'Omédit Île-de-France.	108
<u>Remarque 36 :</u>	Les dates de contrôle régulier du DAE par le fabricant ne sont pas tracées sur une fiche. Ce mode de fonctionnement ne permet pas de prévoir la date de sa prochaine visite de contrôle.	109
<u>Remarque 37 :</u>	Les éléments cliniques relatifs aux résidents (e.g. interrogatoire, observations médicales et infirmières) sont notés depuis quelques mois sous format numérisé (i.e. logiciel [REDACTED]™) alors que les prescriptions médicamenteuses sont encore faites exclusivement sous forme d'ordonnance papier.	109
<u>Remarque 38 :</u>	La procédure de prise en charge des escarres n'est pas complète, notamment sur son volet de traitement curatif.	113
<u>Remarque 39 :</u>	La procédure de prise en charge des escarres n'est ni datée, ni signée par son rédacteur et par ses valideurs.	113
<u>Remarque 40 :</u>	La traçabilité des conclusions de l'analyse initiale de la balance bénéfice/risque de mise en place d'une contention physique chez un résident, qui est réalisée en équipe pluridisciplinaire, n'est pas effective.	115
<u>Remarque 41 :</u>	Le consentement du résident ou de son représentant légal ne sont pas recueillis par écrit, lorsque la mise en place d'une contention physique est nécessaire et conservé dans le dossier administratif.	115
<u>Remarque 42 :</u>	La procédure d'aide à la prise des médicaments ne comporte ni le nom de son rédacteur ni les noms des responsables en charge de sa validation.	116
<u>Remarque 43 :</u>	La dernière mise à jour de la procédure d'aide à la prise des médicaments date de 2021. En outre, cette procédure ne comporte que quatre des six étapes principales du circuit du médicament telles que recommandées par l'Omédit d'Ile-de-France et Auvergne Rhône-Alpes.	116

Remarque 44 : La procédure interne de contrôle des dates de péremption des médicaments n'est pas élaborée.

116

Remarque 45 : L'EAM Les Roseaux dispose d'un partenariat non formalisé par une convention avec un établissement de santé ayant un service d'accueil des urgences.

123

6. Conclusion

L'inspection inopinée du FAM les Roseaux (Finess n° 920813698) géré par l'APEI Boucle de la Seine et situé à Clichy (92 110) s'est déroulée le 5 mai 2025 à partir de la visite sur site, des entretiens effectués et des documents transmis par l'établissement. Elle s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap avec hébergement / internat pour prévenir et lutter contre la maltraitance.

La mission d'inspection a permis de constater l'engagement des équipes dans l'accompagnement des personnes polyhandicapées accueillies au sein du FAM, évoluant dans un climat social serein. Des éléments positifs dans le fonctionnement de l'établissement ont été notés dans les domaines suivants :

- Fonctions support

Gestion des RH : une attention est portée aux remplacements des professionnels absents par le recours à des professionnels en CDD ou en intérim pour pallier les postes vacants et les absences inopinées. L'accueil et l'accompagnement de ces nouveaux professionnels ou de ceux de retour après un congé long est structuré, et un binôme est assuré.

Un effort conséquent est consenti pour les formations des professionnels. Des formations à la bientraitance et aux formations obligatoires (AFGSU, incendie) sont régulièrement organisées. La tenue régulière de séances d'analyses de pratiques par un intervenant extérieur pour les salariés (y compris le personnel de nuit) et l'engagement de l'établissement dans le processus de labellisation Bientraitance est un gage de l'attention portée au bien-être des résidents. Des référents sont nommés pour différentes thématiques : bientraitance, qualité, informatique, DUI, sport adapté, etc

- Gouvernance, pilotage et animation des équipes :

L'organisation est structurée pour les réunions d'animation d'équipe et les instances d'animation avec les familles et les usagers (Conseil de la Vie sociale : CVS). Des réunions du CODIR et des réunions d'équipes se tiennent hebdomadairement et des réunions institutionnelles avec l'ensemble du personnel sont régulièrement programmées. Des réunions avec le personnel de nuit se tiennent tous les deux mois.

Le CVS est en place et se réunit selon le rythme réglementaire. La présidence du CVS est assurée par une résidente. Des temps de parole de résidents sont organisés chaque semaine et animés par le psychologue et le coordonnateur d'unité.

- En matière d'organisation de la prise en charge : La prise en charge médicale est sécurisée avec la présence d'un médecin généraliste et d'un psychiatre, salariés à temps partiel et le recours à la plateforme [REDACTED] (téléconsultation non programmée et bilan de suivi sur place pour les résidents les plus âgés) pour la gestion des urgences la nuit et le WE. Des infirmières libérales interviennent tous les jours pour deux résidentes nécessitant des soins techniques en soirée. Enfin, la prise en charge de la fin de vie est encadrée par les interventions d'une équipe mobile de soins palliatifs.

L'organisation des dossiers papiers de soins est maîtrisée et des classeurs sont bien structurés pour l'organisation des consultations extérieures ainsi que pour la gestion des urgences. Les dossiers de soins sont en cours d'informatisation.

- En matière de respect des droits des usagers : Les habitudes de vie et les centres d'intérêt de chaque résident sont affichées sur la porte de leur chambre. Il est à noter que les résidents les plus autonomes possèdent la clé de leur chambre et qu'ils peuvent librement aller et venir entre les étages de l'établissement. Des groupes de parole sont animés chaque semaine avec les résidents.
- En matière de gestion de la qualité et gestion des risques, la culture de déclaration des EI existe et est tracée sur le [REDACTED]. Des feuilles papier sont également à disposition du personnel. Des référents qualité sont nommés. Des cahiers de réclamation à destination des familles sont à disposition à l'accueil de l'établissement ainsi qu'un registre pour les réclamations liées à la restauration.

Toutefois, des points d'amélioration sont constatés :

- En matière de gouvernance : L'établissement présente des lacunes importantes en matière de pilotage et de structuration qui s'explique en partie par la volonté de l'association de préparer une fusion entre les 2 EAM de l'organisme gestionnaire et le choix de recourir à des directions de transition.
 - La procédure d'admission centralisée au niveau du siège associatif interroge et ce d'autant plus qu'une place était vacante au sein de l'établissement depuis plus de 4 mois au moment de l'inspection, sans qu'une admission ne soit rapidement prévue.
 - Le projet d'établissement, bien que formalisé et actuellement soumis au CA de l'organisme gestionnaire, n'est pas connu des équipes. Son élaboration n'a pas associé les équipes et un travail d'appropriation sera donc à mener.
 - L'organigramme ne permet pas de clarifier les responsabilités hiérarchiques, et les fiches de poste sont absentes ou inadaptées.
 - Les documents structurants pour appréhender le fonctionnement de l'établissement sont soit absents, soit incomplets ou non approuvés par les instances prévues réglementairement : règlement de fonctionnement, composition du CVS, plan bleu et projet d'établissement.

Ces éléments traduisent une gouvernance insuffisamment structurée, impactant la lisibilité de l'organisation et la qualité du fonctionnement.

- Ressources humaines : plusieurs postes sont durablement vacants sur les fonctions soins et socio-éducatives (), et l'absence de distinction dans les missions en fonction des compétences conduit à des glissements de tâches.
 - Des glissements de tâches sont constatés en l'absence de distinction des missions confiées aux AS, AMP et AES qui remplissent aussi des missions éducatives car les éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs occupent des fonctions de coordinateurs d'unités de vie.
 - Le poste de cadre de santé était vacant depuis 1 an au moment de l'inspection. Pour pallier cette vacance, des missions de coordination de soins ont été confiées à une IDE.
 - Du fait de cette vacance de poste non compensée en totalité, la cheffe de service éducatif porte beaucoup de responsabilités et de missions, d'autant plus dans le contexte d'une direction de transition.
- La configuration des locaux, parfois vétustes (cinq salles de bain n'ont pas été rénovées), n'offre pas des conditions de prise en charge efficaces.
- S'agissant de la prise en charge,
 - Un défaut d'actualisation annuelle des projets personnalisés ;
 - Un défaut de traçabilité des soins est constaté : soins d'hygiène corporelle, évaluation pluridisciplinaire partiellement tracée, absence de traçabilité des prescriptions de régime alimentaire, absence de synthèse médicale annuelle ;
 - Le suivi nutritionnel est insuffisant, avec des cas de dénutrition non identifiés ;
 - Un défaut de formalisation des projets de soins, des évaluations de la balance bénéfice/risque des contentions, un défaut de formalisation du recueil du consentement de la personne et/ou de ses proches. La contention physique n'est pas tracée ni validée par consentement écrit ;
 - Une absence de suivi bucco-dentaire depuis 2021 ;
 - Des procédures et protocoles incomplets ou non mis à jour sur l'administration des médicaments, les conduites à tenir en cas de douleur ou de crise épileptique ;
 - Un circuit du médicament perfectible en matière de traçabilité des contrôles des températures pour les médicaments thermosensibles, de traçabilité des dates de péremption, de vérification des dotations de médicaments pour les soins urgents et un chariot d'urgence non scellé.

Ces éléments nuisent à la qualité et à la sécurité des soins.

- En matière du respect des droits des personnes :
La charte des droits n'est pas annexée au livret d'accueil, les mesures de participation ne sont pas formalisées dans le contrat de séjour, et les informations aux familles sont insuffisantes. La confidentialité des données médicales n'est pas garantie. Ces manquements portent atteinte aux droits fondamentaux des personnes accueillies.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

Saint Denis, le 3 novembre 2025


Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS,
ARSIDF


Médecin inspecteur de santé publique,
IRAS, ARSIDF


Inspectrice de
l'action sanitaire et
sociale


Cadre chargée du contrôle et du suivi des
ESSMS, Pôle Solidarités, Direction de
l'autonomie

Conseil départemental des Hauts-de-Seine


Cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, Pôle
Solidarités, Direction de l'autonomie

Conseil départemental des Hauts-de-Seine

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

ASI : Agent de service intérieur

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

CNR : Crédits non reconductibles

CoViD : Corona Virus Disease

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

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

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

GOS : Groupe opérationnel de synthèse

HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDE FFC : IDE faisant fonction de cadre

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

PAI / PPI / PAP: 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

PAG : Plan d'accompagnement global

PE : Projet d'établissement

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PH : Personne porteuse d'un handicap

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RAPT : Réponse accompagnée pour tous

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

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
Des Hauts-de-Seine

Conseil départemental
Des Hauts-de-Seine

[redacted]
sociale, Inspection régionale autonomie santé
(IRAS), ARS Île-de-France

[redacted] médecin
inspecteur de santé publique, IRAS, ARS Île-de-
France

[redacted] chargée de missions
Département Autonomie, Délégation
départementale des Hauts-de-Seine

[redacted] contrôle et du
suivi des ESSMS, Pôle Solidarités, Direction de
l'autonomie
Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Affaire s [redacted]
Courriel [redacted]
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr

Références : 2025_IDF_00080

Saint-Denis, le 23 avril 2025

Objet : Lettre de mission d'inspection – FAM les Roseaux.

Mesdames,

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

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

- Prévenir et lutter contre les maltraitances, prioritairement dans les établissements médico-sociaux (EMS) avec hébergement / internat pour enfants et adultes en situation de handicap ;
- S'assurer de la conformité des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement aux normes opposables ainsi que de la qualité et de la sécurité des prises en charge des résidents et/ou usagers ;
- Vérifier que les gestionnaires d'ESMS 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 du CASF).

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) « Les Roseaux » situé à Clichy (N°FINESS géographique 920813698), géré par l'APEI Boucle de la Seine, autorisé pour l'accueil et l'accompagnement spécialisé de personnes adultes polyhandicapées et disposant de 32 places d'hébergement complet en internat a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

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

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances
 - o Respect des droits des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
- 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
- Fonction support
 - o Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
 - o Sécurité
- 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
 - o Vie quotidienne – Hébergement
 - o Soins
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents
- Relations avec l'extérieur
 - o Environnements
 - o Coordination avec les autres secteurs

La mission débutera à compter du 05 mai 2025 à 09 heures et sera assurée par :

- Pour l'ARS :
 - o [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale¹, Inspection
 - o [REDACTED] directrice de la mission
 - o [REDACTED] l'action sanitaire et sociale¹, IRAS
 - o [REDACTED] directeur de santé publique², IRAS

Qui seront accompagnées de :

- o [REDACTED] ns, département Autonomie à la délégation
- o [REDACTED] personne qualifiée¹.
- o [REDACTED] t de l'offre personnes handicapées, direction de
- o [REDACTED] hautes études en Santé Publique (EHESP)
- Pour le Conseil départemental des Hauts-de-Seine :
 - o [REDACTED] chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, Pôle Solidarités,
 - o [REDACTED] par le Président du Conseil départemental des Hauts-de-Seine
 - o [REDACTED] cadre chargée du contrôle et du suivi des ESSMS, Pôle
 - o [REDACTED] Solidarités, Direction de l'autonomie, désignée par le Président du Conseil départemental des
 - o [REDACTED] Hauts-de-Seine au titre de l'article L.133-2 du CASF

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du Code de la santé publique (CSP))

¹ Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP).

² Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP).

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP³ et L.133-2 du CASF⁴ 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 l'équipe de la mission jugera utile de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport nous 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 les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Denis ROBIN

Pour le Président du Conseil départemental
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Responsable du Pôle Solidarités



Jean-Michel RAPINAT

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

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

4 Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

Lundi 5 mai 2025

Inspection du FAM les Roseaux

Liste des documents demandés et remis

A) Documents à remettre immédiatement (en version papier et numérique) :

N°	Nature du document demandé	Remis	commentaires
1	Liste nominative des usagers avec n°chambre, date de naissance, date d'entrée	☐	
2	Organigramme du FAM	☐	
3	Planning nominatif et fonction des salariés pour les mois de mars, avril et première semaine mai 2025 réalisés, dont vacataires (CDD courts) et intérimaires prévus. Jour et nuit avec signification des sigles et codes utilisés	☐	Les plannings remis ne contenaient pas ces informations
4	Liste nominative des salariés présents ce jour et la nuit précédente, avec précision lieu d'affectation	☐	
5	Liste nominative indiquant le médecin traitant de chaque résident	☐	
6	Planning des astreintes administratives et médicales pour les mois de mars et avril 2025	☐	
7	Plan des locaux	☐	

B) Documents à mettre à disposition pour une consultation sur place :

N°	Document à consulter	Accès aux documents O/N	Enregistrement numérique sur place O/N
8	Dossiers administratifs des usagers dont contrat de séjour	☐	
9	PVI ou PAI des usagers	☐	30 PAI adressés par [REDACTED] (archive 3). Forme avenant au contrat de séjour, pas de signature ni de référent mais date de la synthèse.
10	Dossiers RH des salariés CDI, CDD/vacataires	☐	
11	Liste nominative des personnels employés via des sociétés d'intérim pour les mois de juillet 2024 à avril 2025 et dates d'intervention. Factures	☐	Dossier papier remis
12	Registre/fichier de recueil à partir du 01/01/2024 : a) des réclamations et des doléances des usagers et des familles b) des événements indésirables	☐	
13	Dossiers de transmission soignante (art D344-5-9 CASF)	☐	
14	Cahier de transmission de l'équipe soignante pour avril 2025	☐	
15	Fiche de traçabilité du contrôle des piluliers, chariot d'urgence, stock tampon, réfrigérateur		Pas mis en place
16	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins		Accès à l'infirmerie

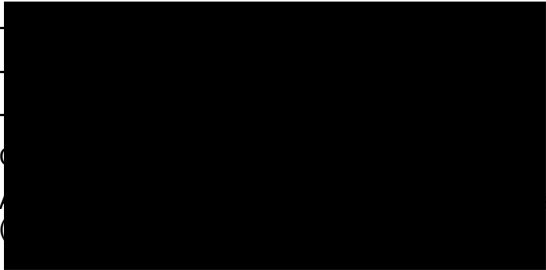
17	Liste nominative des usagers avec prescription de contention		Pas mis en place
18	Liste nominative de résidents dénutris		

C/ Documents à remettre sur place en fin de journée en format si possible numérique

N°	Nature du document demandé	Remis	Commentaires
19	Liste de tous les protocoles et procédures de soins		Documents transmis par messagerie après la visite sur site.
20	Liste nominative des usagers avec régime et type de régime et de texture alimentaires		
21	Liste des chambres équipées de rails lève/personnes		
22	Inventaire des matériels de levage et de pesée		
23	Inventaire des dispositifs de contention		
24	Fiches de tâches horaires des IDE, AS/AMP/AES/ AVS et ASH de jour et de nuit		

D/ Documents à transmettre après la visite :

	Nature du document demandé	Document transmis O/N	Commentaires
25	Comptes rendus du comité social et économique (CSE) 2023, 2024 et 2025	OUI	
26	Liste des représentants du personnel	OUI	
27	Projet associatif	OUI	2020-2024
28	Organigramme général de l'association	OUI	
29	Qualification et diplôme du directeur	NON	
30	Document unique de délégation du directeur	oui	Attention numéroté 31
31	Fiche de poste ou de mission du directeur et des directeurs adjoints	NON	Le document n°31 est le DUD
32	Documents subdélégations du directeur aux cadres/salariés	OUI	fiche vierge de subdélégations de pouvoirs temporaire + subdélégations. Plus tableau synoptique validé par le CA du 14 octobre 2024 avec l'ensemble des missions et des responsabilités portées entre le président, le CA, le trésorier, le bureau, la DG, les directeurs d'établissement et les responsables de services.
33	Diplômes des membres du CODIR (adjoint de direction, chefs de service)	oui	Partiellement : Diplôme de la psychologue Diplôme de la cheffe de service éducatif Diplôme du médecin psychiatre
34	Modalités d'organisation de la permanence de la fonction de direction en cas d'absence du directeur (procédures, calendrier/tableau des astreintes de direction de mars à mai 2025)	oui	Partiellement : 1 procédure APEI en date du 01/10/2024 en cas d'absence de direction transmise
35	Projet d'établissement du FAM en vigueur	oui	OUI document word + PPT reçu mais attention à sa conformité car il s'agit d'un document word reçu intitulé projet d'établissement mais non daté, non signé et non validé par le CA
36	Règlement de fonctionnement	Oui	Validé en CA le 20 mars 2023
37	Comptes rendus des réunions d'équipe de direction depuis septembre 2024	Oui	

38	Compte-rendu des réunions de coordination et revues de dossiers individuels des usagers	Oui	Réunions ASI en octobre 21 et juillet 24, réunions cliniques : soins palliatifs en octobre 24, EPOCA le 11 juin 24, 1 réunion en 2021, 2 en 2023 et 2 en 2024 sur des situations d'usagers. Transmission invitations Outlook pour différents groupes de paroles en 2024 et 2025, 1 CR de réunion résidents en 2024 et des CR de réunions institutionnelles sur 2024 et 2025. 1 CR de réunion nuit le 14 octobre 2024 et plusieurs CR de réunions unités en 2024 et 2025.
39	Registre unique du personnel -Tableau des personnels salariés : nom, âge ou DDN, date du recrutement et de sortie, nature des contrats de travail et fonctions exercées, ETP (en format Excel)	OUI	
40	Taux d'absentéisme par motif et de rotation du personnel 2023 et 2024	partiel	Partiellement car données brutes nominatives sous format pdf respectivement de 11 et 15 pages, non synthétisées ; les taux ne sont pas calculés.
41	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	OUI	oui
42	Bulletins de salaires février, mars, avril 2025		OUI
43	Copie des diplômes des personnels figurant à l'effectif et/ou au planning soins et éducatifs pour les mois de mars et d'avril 2025 (y compris vacataires en CDD court)	oui	43 fichiers transmis
44	Plans de formation 2023, 2024, 2025 et liste des formations effectivement réalisées en 2024 avec documents probants (réalisation, liste d'émargement ou de présence)	oui	Partiellement car pas de plan de formation pour 2025. Données brutes non synthétisées.
45	Pour les salariés : contrats de travail des médecins, de la cadre IDE, des IDE, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, cadre éducatif	oui	En partie Oui :  Manque le contrat d'apprentissage ou stage de la psychomotricienne
46	Pour les soignants libéraux : contrats d'exercice libéral	NON	
47	Rapport d'évaluation externe	oui	Oui en date de sept 2013
48	Rapport d'évaluation interne	oui	Oui (octobre 2006- juin 2007)
49	Plan d'amélioration continu de la qualité (format Excel)	oui	Extraction PDF [REDACTED] sur période 1 ^{er} janvier 2025-31 décembre 2025
50	Protocole de signalement interne des événements indésirables à l'attention des salariés	oui	Doc associatif MAJ en mai 2024 avec procédure [REDACTED] Complet avec annexe formulaire [REDACTED] L et logigramme
51	Protocole de déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables graves aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	oui	Même doc que n°50. La déclaration des EIG aux autorités administratives est citée, mais sans préciser les responsabilités en interne (qui décide de déclarer ça à l'ARS, qui déclare, à quel moment). LE début du doc est un copier coller du plan bleu

52	Le récapitulatif des événements indésirables recensés en 2023, 2024 et 2025 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD.	oui	Extraction Excel du logiciel AGEVAL
53	Plan bleu	oui	maj 25/05/2024
54	Résultat de la dernière enquête de satisfaction	oui	4 enquêtes (membres CVS, usagers, familles et une enquête QVT)
55	Convention avec la ou les pharmacies d'officine livrant les médicaments	OUI	
56	Livret d'accueil des usagers, trame vierge du contrat de séjour	partiel	Oui pour trame du contrat de séjour. Le doc intitulé livret d'accueil est une présentation ppt non finalisée du PE
57	Procédure d'admission des usagers	oui	Doc à entête FAM Les Roseaux APEI non daté, non signé
58	Procédure de sortie des usagers	oui	Pour sorties à la journée ou en hospitalisation. Doc à entête FAM LEs Roseaux non daté, non signé.
59	Procédure d'élaboration du projet d'accompagnement individualisé	oui	Transmis aussi dans fichier transfert 21 avec doc n°60
60	Trame vierge des projets accompagnement individualisé	oui	Comprend trame PAI plus procédure synthèse plus dossier évaluation des acquis personnels
61	Calendrier 2024/2025 d'actualisation des projets accompagnement individualisé	oui	Tableau de bord des actualisations des PAI depuis 2017
62	Liste des activités proposées avec la fiche d'activité présentant les objectifs socio-éducatifs visés et plannings	oui	7 fichiers word comprenant le rôle du référent, y compris pour anniversaires et sorties sport adapté ; la procédure pour organisation des sorties avec les trames de demandes des sorties et des activités, les organisations lors des activités théâtre, sport adapté et sophrologie.
63	Comptes rendus des CVS 2023, 2024 et 2025	oui	
64	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS) et le rapport d'activité du CVS 2024	oui	Partiellement : règlement intérieur du CVS (non daté) en FALC fourni mais manque le rapport d'activité du CVS 2024
65	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [PRENOM-NOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS). Le PV du résultat des dernières élections du CVS	oui	le document est un PV du CVS en date du 20/02/2025 + doc 65 BIS résultat des élections du 30/03/2022
66	Matrice d'accès différenciés aux dossiers de soins en fonction de la catégorie professionnelle	non	
67	Liste exhaustive des protocoles de soins dont ceux relatifs au circuit du médicament	oui	
68	La conduite à tenir en cas d'urgence vitale	oui	Un document intitulé Protocole d'urgences médicales pour les résidents hors présence cadre, infirmier, coordo (mais non signé et daté du 12 juin 2024) + document ARS sur la conduite à tenir en cas de situations d'urgence et ou inhabituelles.
69	Procédure relative au traitement de la douleur	OUI	2 documents : une conduite à tenir générique et une liste nominative avec traitements individualisés. Pas de procédure sur repérage de la douleur.
70	Procédure relative au suivi diététique et nutritionnel des usagers	NON	
71	Les menus des mois de mars et d'avril 2025	oui	Partiellement il manque les menus du 1^{er} au 16 mars 2025 et du 21 au 30 avril 2025

72	Comptes-rendus de la commission menu	OUI	1 CR de la commission restauration du mois de janvier 2025 adressé
73	Le fichier comportant nominativement les valeurs du dernier poids mesuré ainsi que celui du mois - 6, de la taille, du dernier IMC calculé, de la dernière valeur d'albuminémie	Oui	
74	Procédure de prise en charge des usagers épileptiques (oui) ainsi que le protocole d'administration des antiépileptiques	oui	Liste nominative avec les traitements, posologie, voie d'administration et les observations.
75	Procédure de prévention et de traitement des escarres	oui	
76	Procédure relative aux soins palliatifs et à la prise en charge de la fin de vie	NON	
77	Procédure relative à la mise en place des contentions et à leur suivi	NON	
78	Conduite à tenir en cas de chute	NON	
79	Procédure ou protocole relatif à l'utilisation de la salle d'apaisement	NON	
80	Procédure relative à la gestion des épisodes de violence entre usagers	NON	
81	Liste de médicaments et dispositifs médicaux pour la dotation pour le stock de médicaments pour les besoins urgents	NON	
82	Liste de médicaments et dispositifs médicaux pour le chariot d'urgence	NON	
83	Procédure du circuit du médicament	oui	Idem que doc 86
84	Protocole de broyage des médicaments	oui	Liste des médicaments écrasables
85	Procédure ou protocole de gestion des stupéfiants	oui	Partiellement procédure si douleur réfractaire au paracétamol
86	Procédure de délégation de la distribution des traitements des IDE vers les AS	oui	Procédure d'aide à la prise de médicaments sur les FAM selon procédé EURAF
87	Effectifs et proportions des usagers et professionnels vaccinés contre la grippe saisonnière en 2024	oui	Partiellement le document ne concerne que les usagers
88	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	oui	Fiches de postes AES ; AS ; IDE et coordo
89	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel éducatif	non	Pas de fiche de tâche heurée.
90	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	oui	Comprend organisation cible minimale
91	Procédure d'accueil des nouveaux salariés (livret du niveau salarié)	oui	Procédure plus livret d'accueil plus kit intégration des cadres et non cadres.
92	Conventions entre l'EAM et structures extérieures au titre de la continuité des soins : – Etablissements de santé –Services ou secteurs de psychiatrie – Laboratoire d'analyses médicales – Centre de radiologie – Officine en pharmacie – Réseaux – Centres de référence Convention entre EHPAD et un prestataire d'enlèvement des DASRI ;	oui	OUI 1 avenant à al convention DASRI en date du 12 mai 2014 Contrat XXXXXXXXXX Contrat imagerie médicale Convention l'laboratoire Convention pharmacie Orthophonie

			Kiné ehpad Pas de convention avec ES/Secteurs de psychiatrie Ni de réseaux ni de centres de références
93	Conventions à visée sportive, culturelle et de loisirs	oui	sport adapté ; médiathèque ; sophrologie ; théâtre plus Cf doc 92
94	Dernier PV de la commission de sécurité	oui	Oui . Document en date du 16/12/2021 (PV de carence avec vérifications faites ultérieurement)
95	Analyse de la pratique professionnelle : convention avec le prestataire et plannings 2024 et 2025 des séances.	oui	Convention avec le prestataire, bons pour accord pour des GAP en 2025 pour l'équipe, des GAP spécifiques IDE/coordo/psychomot et des GAP pour les membres CODIR, plus planning 2025.
96	Conventions avec les transporteurs	non	
97	Procédure pour les sorties extérieures et séjours/transferts	oui	Doc daté de 2019 sans entête ni signature. Ne concerne que les transferts ; pour les sorties extérieures, voir doc 58

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

- La directrice de transition
- Le médecin psychiatre
- La cheffe de service
- L'IDE faisant fonction de cadre
- La psychologue
- Des résidents et des familles
- Les coordonnateurs d'unité de vie
- Des AS/ AES et AMP
- Kinésithérapeute
- Secrétaire de direction



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr