

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Conseil départemental de l'Essonne

Etablissement d'accueil médicalisé (EAM)

Joie de Créer

**85 bis, rue des Rossays
91600 Savigny-sur-Orge
N° FINESS Géo 910019207**

RAPPORT D'INSPECTION
N° SIICEA 2025_IDF_00095
Contrôle sur place le 12 août 2025

Mission conduite par :

- Pour l'ARS :

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED] inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé ;
- [REDACTED], chargée d'inspection et de contrôle, désignée personne qualifiée, Inspection régionale autonomie santé,
- [REDACTED] inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, [REDACTED]

- Pour le Conseil départemental :

- [REDACTED], référents qualité programmation, Direction de l'Autonomie, Service des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux.

**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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.2.Management et Stratégie	10
1.3.Animation et fonctionnement des instances	16
1.4.Gestion de la qualité	17
1.5.Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	19
2. Fonctions support	22
2.1.Gestion des ressources humaines	22
2.2.Gestion d'information	34
2.3.Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	37
2.4.Locaux et équipements	39
2.5.Sécurités	40
3. Prises en charge	42
3.1.Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	42
3.2.Les projets individualisés d'accompagnements	44
3.3.Vie sociale et relationnelle	44
3.4.L'hébergement, l'internat	45
3.5.L'alimentation	46
3.6.Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure	47
3.7.Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	47
3.8.Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	51
4. Relations avec l'extérieur	55
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	56
5.1.Écarts	56
5.2.Remarques	58
6. Conclusion	61
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	63
8. Annexes	65

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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 CASF).

Une analyse d'indicateurs a classé l'établissement d'accueil médicalisé (EAM) « Joie de Créer », situé 85 bis, rue des Rossays 91600 Savigny-sur-Orge (N° Finess géo 910019207) parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, par l'Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental de l'Essonne.

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

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

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - 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
- Fonctions support :
 - o Gestion des RH
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge :
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Hébergement
 - o Champ de l'éducation
 - o Champ thérapeutique
- Relations avec l'extérieur :
 - o Coordination avec les autres secteurs

Court résumé de la qualité d'accueil de la mission par les professionnels du FAM et des difficultés rencontrées.

La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions.

L'équipe a été accueillie par la coordonnatrice remplaçante, rejointe par la cheffe de service éducatif ; le directeur étant en congés.

Elle n'a pas rencontré de difficulté particulière dans le déroulé de ses investigations.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

- La gouvernance :
 - Un directeur non-détenteur d'un document unique de délégation (E5) ;
 - L'absence d'information du CVS sur les dysfonctionnements et événements indésirables (E7) ;
 - L'absence de formation sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance (E8) ; aux modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG (R13 ; E9) ;
- La gestion des ressources humaines :
 - Le recours à des personnels de nuit, [REDACTED] (E12 ; R19) ;
 - L'existence de glissement de tâches (E12) ;
 - Une présence en nombre de professionnels (AS ; IDE) [REDACTED] pour garantir la qualité de la prise en charge (E11) ;
- La gestion d'informations :
 - L'absence de traçabilité des soins en temps réel et de l'évaluation de la douleur (E17) ;
 - Des traitements non systématiquement prescrits dans le logiciel de soins (E18) ;
- Les sécurités :
 - Un système d'appels malades perfectible (E22) ;
- La prise en charge en soins :
 - L'absence de chariot ou de sac d'urgence (E25) ;
 - La non-installation d'un défibrillateur automatisé externe (E26) ;
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des usagers :
 - L'absence de procédure précisant le contenu et les modalités de formation et d'habilitation des AS, AES/AMP amenés à aider à la prise des médicaments (E28) ;
 - L'absence de photographie systématique sur les piluliers (E30) ;
- Les relations avec l'extérieur :
 - La non-signature d'une convention avec un établissement de soins (E32) ;

INTRODUCTION

Contexte de la mission d'inspection

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 CASF).

Une analyse d'indicateurs a classé l'EAM « Joie de Créer » situé 85 bis, rue des Rossays 91600 Savigny-sur-Orge (N° Finess géo 910019207) parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan et en outre, du fait qu'il s'agisse d'un établissement silencieux [REDACTED]

Modalités de mise en œuvre

Il a été réalisé conjointement par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental de l'Essonne.

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

Pour l'ARS :

- [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED] inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé ;
- [REDACTED], chargée d'inspection et de contrôle, désignée personne qualifiée, Inspection régionale autonomie santé,
- [REDACTED], inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, [REDACTED] ;

Pour le Conseil départemental :

- [REDACTED] référents qualité programmation, Direction de l'Autonomie, Service des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux.

Ce contrôle a été réalisé sur site le 12 août 2025, de manière inopinée². 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 :

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

² Sans annonce préalable à l'établissement

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - 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
- Fonctions support :
 - o Gestion des RH
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge :
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Hébergement
 - o Champ de l'éducation
 - o Champ thérapeutique
- Relations avec l'extérieur :
 - o Coordination avec les autres secteurs

Présentation de l'établissement inspecté :

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Association Atelier-Club « Joie de Créer »
Adresse de l'organisme :	85 bis, rue des Rossays
Code postal et Ville :	91600 Savigny-sur-Orge
Site internet	https://joiedecreer.fr/
Nombre d'ESSMS gérés	███ ESSMS (████████████████████)

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	85 bis, rue des Rossays
Code postal et Ville :	91600 Savigny-sur-Orge
Téléphone fixe :	01 69 05 26 52

Type de structure				
Type d'établissement / service :	Etablissement d'accueil médicalisé			
Date d'ouverture :	Le 6 février 2017			
Raison sociale :	« Joie de Créer »			
Numéro FINESS :	Géographique :	910019207	Juridique :	910001213
Statut juridique de l'entité juridique	Privé à but non lucratif			
Option tarifaire :	ARS PCD mixte (2 arrêtés), habilité aide sociale			
Date du CPOM (mm/aaaa) :	Pas de CPOM négocié			
Présence d'une PUI ³ :	Non			

³ PUI : Pharmacie à usage intérieur

L'autorisation a été renouvelée à compter du 1^{er} février 2025.

Il est à noter qu'un même bâtiment héberge trois unités complémentaires soit un foyer de vie, un EAM et un centre d'accueil de jour.

L'EAM accueille au 12 août 2025, 16 adultes. Le nombre de places se partage comme suit :

Nombre de places par modalités d'accueil et type de déficience	Déficiences motrices	Polyhandicap	Total
Internat complet/ Hébergement continu (365 jours /an)	X	X	15
Accueil temporaire	X	X	1
Total			16

La personne prise en charge au titre de l'accueil temporaire est en attente d'une décision des autorités de contrôle quant à sa demande de prolongation de séjour (en recherche d'une place en EHPAD).

L'EAM prend en charge des résidents de 27 à 78 ans :

	De 26 à 60 ans	60 ans et plus
EAM	10	6

L'espace d'hébergement est localisé au rez-de-chaussée ; les salles de kinésithérapie et Snoezelen se trouvent au 1^{er} étage.

Les effectifs employés au sein de l'EAM (situation au 12 août 2025) s'établissent ainsi (Cf. Tableau corrigé des effectifs, transmis le 29 septembre 2025) :

	Postes	Nombre ETP budgétés	Nombre ETP réels	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD
Direction Encadrement	Direction (Directeur général, Directeur, Directeur adjoint, adjoint de direction)	■	■	■	■	
	Encadrement (Responsable comptable)	■	■	■	■	
	Encadrement (Chef de service)	■	■	■	■	
	Administration (Personnel administratif et de bureau)	■	■	■	■	
Services généraux	Agent de service général	■	■	■	■	
	Ouvrier professionnel	■	■	■	■	
	Autre personnel cuisinier	■	■	■	■	

	Postes	Nombre ETP budgétés	Nombre ETP réels	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD
Educatif, pédagogique et social	Aide médico-psychologique (AMP)/ Accompagnant éducatif et social (AES) jour et nuit	■	■	■	■	
	Aide-soignant	■	■	■	■	■
	Moniteur d'atelier/Moniteur éducateur	■	■	■	■	
	Autre personnel éducatif, pédagogique et social	■	■	■	■	
Médical	Médecin généraliste	■	■	■	■	
	Médecin en rééducation fonctionnelle	■	■	■	■	
	Psychiatrie	■	■	■	■	
Paramédical	Infirmier diplômé d'Etat (IDE)	■	■	■	■	■
	Psychologue/Neuropsychologue	■	■	■	■	
	Autres paramédicaux (orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute...)	■		■		
	TOTAL	■	■	■	■	■

L'EAM ne dispose pas de CPOM.

Constats

Le rapport est établi au vu 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.

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>L'autorisation</u>	Oui	L'autorisation a été renouvelée à compter du 1 ^{er} février 2025 pour 15 ans. Elle est respectée en termes de capacité, soit 15 places d'internat et 1 place d'accueil temporaire.
	1.1.2. <u>La population accueillie</u>	Oui	La population accueillie est polyhandicapée, principalement cérébrolésée. Elle est en majorité originaire de ██████████ ; une seule personne vient ██████████. La tranche d'âge s'étend de 27 ans à 78 ans. ██████████ d'entre elles relèvent d'un régime de protection juridique, dont ██████████ sont sous tutelle. Les résidents demeurent à l'EAM jusqu'à leur fin de vie.

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 (RF)</u>	Non	Le règlement de fonctionnement, en date de juin 2023, n'est pas signé. Il est commun aux EAM, foyer de vie et centre d'accueil de jour. Il ne fait pas mention d'une consultation du CVS. Écart 1 : Le règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet d'une consultation des instances représentatives du personnel et du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.⁴ Il est affiché dans les locaux du bâtiment.

⁴ Article R311-33 du CASF : « Le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation instituées en application de l'article L.311-6... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Il est remis aux usagers ou à leurs représentants légaux, ainsi qu'aux professionnels (source : règlement de fonctionnement).
			Si le règlement de fonctionnement aborde de façon générale, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement, il n'est pas exhaustif dans son contenu. Il ne traite pas des faits de violence sur autrui. Écart 2 : Le règlement de fonctionnement ne fait pas état des sanctions des faits de violence sur autrui, ce qui contrevient aux dispositions des articles R311-37 du CASF.⁵
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE)</u>	Non	Un projet d'établissement en date de mars 2024, est commun aux trois unités EAM, foyer de vie et centre d'accueil de jour. Selon les entretiens menés, le projet d'établissement a été soumis au CVS en 2023, sans observation de celui-ci. La mission relève néanmoins, qu'il n'est pas fait mention de cette consultation dans le document. Écart 3 : Le projet d'établissement a été établi sans consultation du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-38-4 du CASF.⁶ Le projet d'établissement traite de la prise en charge de la population accueillie d'une part en foyer de vie et en établissement d'accueil médicalisé, d'autre part, au centre d'accueil de jour. La prévention et la lutte contre la maltraitance y sont abordées.
	1.2.3. <u>Le plan bleu</u>	Non	La mission a été destinataire d'une liste ainsi que de diverses procédures (inondations ; canicule ; événements indésirables ; disparition ; incendie ; décès ...) constituant pour l'établissement, le plan bleu. Le document en l'état, non daté et signé, n'est pas finalisé, ni réévalué annuellement. Il ne constitue donc pas un plan bleu répondant aux attendus réglementaires.

⁵ Article R311-37 du CASF* : «...A cet effet, il fixe les obligations faites aux personnes accueillies ou prises en charge pour permettre la réalisation des prestations qui leur sont nécessaires, y compris lorsqu'elles sont délivrées hors de l'établissement... Il rappelle que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires. »

⁶ Article D311-38-4 du CASF : « Sans préjudice des dispositions du 2° de l'article D. 311-15, le projet d'établissement est établi et révisé après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Le projet et ses révisions sont transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation de l'établissement ou du service... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Écart 4 : Le plan bleu transmis ne respecte pas toutes les dispositions de l'article R311-38-1 du CASF.⁷</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. <u>L'organigramme</u>	Non	<p>L'organigramme remis, non daté, est commun aux EAM, foyer de vie et centre d'accueil de jour. Il ne permet pas d'identifier le personnel affecté à chaque structure.</p> <p>Il traduit les liens hiérarchiques et fonctionnels, mais ne fait pas état de tous les noms et ETP.</p> <p>Il n'est par ailleurs pas à jour – information donnée lors d'entretien, la coordonnatrice en formation pour devenir cheffe de service, remplacée par une coordonnatrice en CDD.</p> <p>La mission n'a pas par ailleurs, observé son affichage.</p> <p>Remarque 1 : L'organigramme transmis à la mission n'est pas à jour et ne présente pas les noms des professionnels ni le nombre d'ETP par poste. Il ne permet pas d'identifier le personnel affecté à l'EAM.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. <u>Directeur : qualification, contrat et fiche de poste</u>	Oui	<p>Le directeur est [REDACTED]. Son contrat de travail dispose « [REDACTED] ».</p> <p>Il est présent à hauteur de [REDACTED] sur l'EAM et assure également la gestion du foyer de vie et de l'accueil de jour.</p> <p>S'agissant de sa qualification, a été adressée [REDACTED].</p>

⁷ Article R311-38-1 du CASF : « I.-Le plan mentionné au second alinéa de l'article L. 311-8, intitulé " Plan bleu ", prend en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif " ORSAN " définis à l'article R. 3131-4 du code de la santé publique.

II.-Le plan mentionné au I contient notamment :^{1°} Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;^{2°} Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;

^{3°} Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;^{4°} Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;^{5°} Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles au sein de l'établissement ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif " ORSAN " ;^{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.

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
1.2. Management et Stratégie	1.2.6. <u>Continuité de direction et astreintes</u>	Non	<p>Le directeur détient une fiche de fonction et de missions datée [REDACTED], signée du seul président de l'association gestionnaire. Lui sont confiées des fonctions d'animation et de direction technique, d'administration et de gestion (administration générale, gestion du personnel et gestion financière).</p> <p>La cheffe de service assure la continuité du fonctionnement de l'EAM en l'absence du directeur, mais cette organisation n'est pas formalisée et elle ne dispose pas de délégation formelle. Cette pratique est en place depuis vingt ans (source : entretien).</p> <p>En l'absence du directeur et de la cheffe de service, la continuité est assurée par la coordonnatrice et la comptable.</p> <p>Remarque 2 : La continuité de la gestion de l'EAM, tout comme des autres unités, en l'absence du directeur, ne fait pas l'objet d'une procédure et d'une délégation dûment établie.</p> <p>Une astreinte-permanence est en place sur les structures de l'établissement Atelier-Club Joie de Créer, répartie entre 4 personnes ([REDACTED] et [REDACTED] se déroulant les jours fériés et les week-ends. [REDACTED]</p> <p>Il n'a pas été transmis de procédure sur les organisation et fonctionnement de cette astreinte-permanence. En revanche, a été communiqué un répertoire-guide de procédures et de conduites à tenir (en cas d'inondations ; d'incendie ; d'interruption alimentation électrique ; d'événements indésirables ; de décès d'un résident ; de fugue ou disparition d'un usager ;...).</p> <p>Remarque 3 : La procédure de l'astreinte-permanence n'est pas formalisée. La mission ne dispose pas en outre, d'élément quant aux modalités de diffusion des listes d'astreinte et quant au niveau de formation des professionnels en charge des astreintes.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.7. <u>Les délégations au directeur</u>	Non	<p>Le directeur ne dispose pas d'un document unique de délégations, mais d'une fiche de fonction et de missions faisant office de DUD, [REDACTED]</p> <p>Cette fiche n'est pas exhaustive dans la nature et l'étendue de la délégation ; elle n'aborde ni la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement, ni la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 5 : La fiche de fonction ne fait pas office de DUD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF ⁸ .
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COFIL)	Non	<p>Il n'est pas organisé de CODIR au sein de l'EAM.</p> <p>Une réunion institutionnelle se tient une fois par an.</p> <p>Des réunions de fonctionnement par équipe de professionnels ont également lieu : réunions monitrices pour l'accueil de jour ; réunion AES/ AMP pour parler du quotidien des usagers.</p> <p>Remarque 4 : La mission relève l'absence de réunion de direction (CODIR), ce qui peut fragiliser la continuité de fonctionnement de l'EAM, voire du foyer de vie et du centre d'accueil de jour.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	Oui	<p>Selon l'organigramme commun aux EAM, foyer de vie et accueil de jour remis, la cheffe de service encadre l'équipe médicale, constituée d'un médecin généraliste, d'un médecin psychiatre et d'un médecin MPR.</p> <p>Elle a été recrutée [REDACTED] et a été [REDACTED].</p> <p>Elle est présente sur l'EAM à hauteur de [REDACTED].</p> <p>Elle détient [REDACTED].</p> <p>Elle a une fiche de poste de cadre éducatif, nominative et signée le [REDACTED]. Dans le cadre de ses missions, « elle organise, conduit et contrôle les activités de prise en charge et d'accompagnement des résidents : elle veille à la coordination et à la cohésion des actions de l'équipe, avec les actions des autres services et en interne les services paramédical ; de soins... ».</p> <p>Le départ de la cheffe de service est prévu pour la fin du mois de septembre.</p>

⁸Article D312-176-5 du CASF : « Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit privé, mentionnés au I de l'article L. 312-1, lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel. Elle rend destinataires d'une copie de ce document la ou les autorités publiques qui ont délivré l'autorisation du ou des établissements ou services concernés, ainsi que le conseil de la vie sociale visé à l'article L. 311-6. Ce document précise la nature et l'étendue de la délégation, notamment en matière de :

-conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; -gestion et animation des ressources humaines ; -gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; -coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u>	Oui	<p>La cheffe de service supervise la coordonnatrice éducative, laquelle encadre le personnel paramédical comptant un psychologue, un kinésithérapeute, les IDE et les AS, ainsi que les moniteurs d'atelier, les AMP de jour et les AMP/ AS de nuit.</p> <p>Remarque 5 : La mission s'interroge quant à l'encadrement par une coordonnatrice éducative, de personnel paramédical.</p> <p>La mission a rencontré la coordonnatrice remplaçante [REDACTED], qui doit occuper à terme le poste de coordonnatrice éducative ; celle en titre suit une formation pour occuper le poste de cheffe de service.</p> <p>La coordonnatrice remplaçante dispose d'une fiche de poste, faisant état de missions éducative (planning annuel des activités ; projets de vie des résidents ; réunions de synthèse ;...) et de coordination (organisation de sorties ; animation le cas échéant, de réunions d'équipe) .</p> <p>Elle est présente depuis le [REDACTED] et détient [REDACTED]</p> <p>La coordonnatrice éducative en titre a été recrutée le [REDACTED]. Elle a été promue au poste de coordonnatrice éducative à compter [REDACTED]. Elle est titulaire [REDACTED]</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. <u>Les affichages</u>	Partiellement	<p>Le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, les coordonnées du service d'accueil téléphonique « SOS Maltraitance- je contacte le 3977 » ainsi que la liste départementale des personnes qualifiées sont présents et affichés dans l'établissement.</p> <p>Les horaires d'ouverture de la structure et les arrêtés d'autorisation et de dotation globale n'ont pas été vus affichés.</p> <p>Remarque 6 : Les horaires d'ouverture de la structure ainsi que les arrêtés d'autorisation et de dotation globale ne sont pas affichés.</p>

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	<p>1.3.1. Le Conseil de vie sociale (CVS)</p>	Non	<p>Le CVS est en place. Sa composition a été renouvelée ; l'élection de ses nouveaux membres ayant eu lieu en octobre 2023.</p> <p>L'instance est commune à l'EAM et au foyer de vie.</p> <p>Il se réunit au moins trois fois par an. A l'issue de chaque réunion, le compte-rendu est établi et affiché (compte-rendu du dernier CVS- celui du 11 juin 2025- affiché le 12 août 2025).</p> <p>Sa composition est conforme à la réglementation, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quatre représentants des résidents (deux titulaires et deux suppléants) ; - Deux représentantes des familles (une titulaire, présidente du CVS, et une suppléante) ; - Deux représentants du personnel (une titulaire et une suppléante) ; - Un représentant de la direction (directeur) ; - Un représentant de l'association. <p>L'ensemble 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.</p> <p>Les résidents de l'EAM et du foyer de vie sont représentés parmi les membres titulaires et suppléants.</p> <p>Ont été adressés à la mission, les comptes rendus du CVS de novembre 2023 ; de mars, septembre et novembre 2024 ; et de février et juin 2025. Ils ne comportent pas la signature de la présidente.</p> <p>Écart 6 : Les comptes rendus du CVS ne sont pas signés de la présidente, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.⁹</p>

⁹ Article D311-20 du CASF : « Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accompagnées ou, en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants mentionnés aux 1° à 4° Il de l'article D. 311-5, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Le CVS exerce les missions qui lui sont attribuées ; il est entre autres, informé de la démarche qualité et de son suivi ; des actions de bientraitance et de lutte contre la maltraitance ; des enquêtes de satisfaction ;</p> <p>Les sujets afférents à l'EAM et au foyer de vie sont traités indistinctement. Il est apporté réponse aux questions posées par les résidents et familles, lors du CVS suivant.</p> <p>Il ressort d'entretiens menés, s'agissant des événements indésirables, que le CVS a les informations [REDACTED]. Il n'en est pas dressé de bilan ([REDACTED]). Les comptes rendus de CVS transmis en confirment l'absence.</p> <p>Écart 7 : Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et des événements indésirables affectant l'organisation ou le fonctionnement des EAM et foyer de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.¹⁰</p> <p>La mission a également eu communication du règlement intérieur du CVS, lequel est une trame, non finalisée.</p> <p>Remarque 7 : Le règlement intérieur du CVS n'est ni approuvé, ni signé.</p>

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.1. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>	Oui	Le projet d'établissement intègre la lutte contre la maltraitance (« en donne la définition ; les formes ; la prévention « repérer/ identifier les risques »). Les outils reposent sur la cartographie des risques : parcours résident ; les fiches EI ; la traçabilité du circuit du médicament ; les réunions d'équipe – réflexion sur les pratiques professionnelles.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Il traite également du plan bientraitance, de sa déclinaison auprès des résidents -en termes d'accueil ; d'autonomie ; de communication ; de sécurité ; d'évolution (du projet personnalisé) ; de respect du droit ; de relations des usagers avec ses proches - ainsi qu'auprès des professionnels – prise de recul et amélioration continue des pratiques (réflexion sur les pratiques professionnelles) ; mesures d'ajustement suite à événement indésirable ; prise en compte des risques psychosociaux.</p> <p>Il n'existe pas de charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance spécifique à l'EAM, ainsi qu'aux foyer de vie et centre d'accueil de jour.</p> <p>La mission a pu relever lors de la visite du bâtiment, l'apposition de nombreuses affiches sur la bientraitance (définition ; concept distinct de la bienveillance ; affiche sur les 7 formes de maltraitance ; document relatif à la lutte contre le harcèlement moral et sexuel) ; la présence d'une salle Snoezelen. La bientraitance se traduit également par l'adaptation et le respect par tous les professionnels, des rythmes de vie des usagers (cf. « fiches habitudes de vie »).</p>
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u>		<p>En dépit de l'existence de nombreux outils et d'une sensibilisation des professionnels, aucune information n'a été transmise quant à leur formation sur la bientraitance/maltraitance.</p> <p>Les professionnels ont été formés à la bientraitance en 2024 (source : entretiens), mais le plan de formation 2024 réalisé n'en fait pas état.</p> <p>Écart 8 : L'absence de formation sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques (Article L.119-1 du CASF).¹¹</p> <p>Deux référentes bientraitance ont été désignées : l'une référente pour l'EAM et le foyer de vie ; l'autre pour le centre d'accueil de jour.</p> <p>La mission n'a eu communication d'aucun élément quant à l'analyse faite des signaux.</p> <p>Un groupe d'analyse de pratiques se réunit, de façon irrégulière (source : entretien).</p>

¹¹ Article L119-1 du CASF : « La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 8 : L'analyse de pratiques n'a pas lieu régulièrement, ce qui ne permet pas de prévenir les éventuelles situations de maltraitance.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. <u>La bientraitance en pratique</u>	Non	<p>Une procédure de signalement de la maltraitance (fait ou suspicion) ni datée, ni signée a été communiquée. Le formulaire de signalement est à renseigner (en annexe de la procédure), à adresser au supérieur hiérarchique (cheffe de service ; coordonnatrice ; infirmière), sauf si la maltraitance vient de l'encadrement. Dans ce dernier cas, il est à transmettre soit à l'ARS, au Procureur de la République, au président du Conseil départemental ou il convient d'appeler le 3977.</p> <p>Pour autant, il n'a pas été transmis de procédure pour la gestion d'éventuelle situation de maltraitance.</p> <p>Remarque 9 : La gestion d'une éventuelle situation de maltraitance n'est pas formalisée.</p>
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. <u>Les « comportements défis » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)</u>	Non	L'établissement n'accueille pas de [REDACTED] ; [REDACTED] (source : entretien).
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u>		[REDACTED] sur l'EAM, tout comme les [REDACTED] (source : entretien).

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>Les réclamations et enquêtes de satisfaction</u>	Non	Une enquête de satisfaction a été réalisée en juin 2025 auprès des résidents de l'EAM. Les résultats ont été communiqués. [REDACTED] résidents y ont répondu : « ils ne s'ennuient pas ; les professionnels sont engagés dans la culture de la bientraitance ; le résident a un professionnel référent pour son projet personnalisé, lequel correspond à ses attentes ; il a été demandé au

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>résident ce qu'il souhaitait ; différentes activités sont proposées ; [REDACTED] d'entre eux conseilleraient l'établissement à une personne de leur entourage ».</p> <p>Remarque 10 : La mission relève l'absence d'enquête annuelle de satisfaction, ce qui ne contribue pas à améliorer la qualité de prise en charge des résidents.</p> <p>Une pochette « plaintes et réclamations » est constituée au niveau des bureaux administratifs, avec à l'intérieur le formulaire de recueil des plaintes et réclamations.</p> <p>Une procédure de gestion des plaintes et des réclamations (formulées de manière orale et écrite), ni datée, ni signée a été transmise à la mission. La direction est responsable du traitement. La plainte/réclamation écrite doit être consignée dans le registre ; il doit y être répondu systématiquement et dans les meilleurs délais.</p> <p>La mission n'a pas été destinataire des plaintes et réclamations reçues et traitées.</p> <p>Remarque 11 : Les réclamations ne sont ni suivies ni analysées.</p>
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	Non	<p>Une pochette « fiches événements indésirables » est constituée au niveau des bureaux administratifs, réunissant fiches d'utilisation (reprécise les événements visés par l'arrêté du 28 décembre 2016 ; « la fiche remplie doit être déposée dans le casier de la cheffe de service afin de pouvoir être traitée dans les meilleurs délais »), et de déclaration d'EI.</p> <p>La mission a également eu communication d'une procédure événements indésirables ni datée, ni signée, indiquant les actions à réaliser (signalement à l'aide de la fiche EI ; recueil et traitement des fiches par l'équipe de direction ; lors d'événements les plus graves, informations adressées par la direction de l'établissement, immédiatement à l'ARS), et après l'événement, un retour d'expérience est à rédiger (chronologie, nature et importance de la crise de façon synthétique).</p> <p>Il ressort des entretiens menés, que les procédures de déclaration en interne d'événements indésirables ne sont pas connues des professionnels. Les professionnels ne sont par ailleurs pas formés.</p> <p>Les plans de formation réalisé 2024 et prévisionnel 2025 transmis ne recensent aucune formation interne sur les événements indésirables.</p> <p>Remarque 12 : La mission relève l'insuffisante connaissance et l'absence de formation des professionnels sur les modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.3. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u>	Non	<p>La mission n'a pas eu communication d'une procédure de suivi et d'analyse des EI.</p> <p>La mission a consulté la pochette « EI traités ». Trois fiches EI y figurent : une a été traitée [REDACTED] ; deux pour lesquelles [REDACTED] (rubriques conséquences ; proposition d'amélioration et réponse de la direction et date, non renseignées).</p> <p>L'établissement n'a transmis qu'un RETEX relatif au bilan des inondations d'octobre 2024 ; il y est fait mention que « le retour n'a pas été effectué à l'ARS et au département ».</p> <p>D'après les entretiens menés, un retour d'expérience est opéré auprès du personnel. Il n'est pour autant, pas formalisé.</p> <p>Remarque 13 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi, une analyse, de retour d'expérience ainsi qu'un bilan des EI dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.</p>
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>	Non	<p>Bien que demandés, la mission n'a pas eu communication d'EIG déclarés auprès de l'ARS.</p> <p>Écart 9 : L'EAM, en ne déclarant pas à l'ARS, l'ensemble des dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ni l'ensemble des événements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.¹²</p>

¹² Article L331-8-1 du CASF : «Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. »

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires																																																					
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</p>	Oui	<p>Selon le tableau des effectifs des professionnels employés au sein de l'EAM en date du 12 août 2025, la composition prévue de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement est la suivante : <i>Tableau 1 Effectif de l'équipe soignante du EAM</i></p> <table border="1" data-bbox="1200 475 2132 1102"> <thead> <tr> <th>Poste</th> <th>Nombre d'ETP</th> <th>Nombre ETP réel</th> <th>Nombre de poste vacants</th> <th>Nombre de CDI</th> <th>Nombre de CDD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecin généraliste</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infirmier</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> </tr> <tr> <td>Aide-soignant</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> </tr> <tr> <td>Aide médico-psychologique (AMP) et accompagnant éducatif et social (AES)</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jour et nuit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> </tr> </tbody> </table> <p>Parmi l'effectif de l'équipe soignante nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement, la mission constate l'absence d'auxiliaires de vie sociale (AVS). Toutefois, l'établissement emploie des accompagnants éducatifs et sociaux (AES) diplômés, dont les justificatifs ont été transmis à la mission.</p> <p>Selon le tableau des effectifs de l'EAM, l'établissement compte ■ de psychiatre et ■ de médecin en rééducation fonctionnelle pour les résidents.</p>						Poste	Nombre d'ETP	Nombre ETP réel	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD	Médecin généraliste	■	■	■	■		Psychologue	■	■	■	■		Infirmier	■	■	■	■	■	Aide-soignant	■	■	■	■	■	Aide médico-psychologique (AMP) et accompagnant éducatif et social (AES)	■	■	■	■		Jour et nuit							■	■	■	■	■
Poste	Nombre d'ETP	Nombre ETP réel	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD																																																			
Médecin généraliste	■	■	■	■																																																				
Psychologue	■	■	■	■																																																				
Infirmier	■	■	■	■	■																																																			
Aide-soignant	■	■	■	■	■																																																			
Aide médico-psychologique (AMP) et accompagnant éducatif et social (AES)	■	■	■	■																																																				
Jour et nuit																																																								
	■	■	■	■	■																																																			

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Les entretiens menés indiquent par ailleurs que l'établissement bénéficie de l'intervention d'un kinésithérapeute libéral, à hauteur de [REDACTED]. Sa présence permet de répondre aux besoins en rééducation des résidents. Il intervient deux fois par semaine et prend en charge l'ensemble des résidents, en fonction de leurs besoins quotidiens et conformément aux prescriptions médicales.</p> <p>Il est toutefois à noter qu'aucune convention formalisée ne lie l'établissement à ce professionnel. Le kinésithérapeute établit néanmoins une facture mensuelle détaillant les actes réalisés pour chaque résident, facture transmise à la direction et réglée par l'établissement.</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>2.1.2. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure</p>	Non	<p>Selon le tableau des effectifs, l'établissement dispose de [REDACTED] de moniteurs d'atelier au sein de l'EAM. Toutefois, il ressort des entretiens que l'établissement ne compte en réalité que [REDACTED] de moniteurs d'atelier effectivement dédiés à l'EAM.</p> <p>Cet équivalent temps plein est réparti entre trois agents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un agent [REDACTED] intervenant un vendredi sur deux de [REDACTED], correspondant à [REDACTED] - Deux agents présents quotidiennement, assurant [REDACTED], avec des horaires allant de [REDACTED], du lundi au vendredi. <p>En complément, la coordonnatrice représente [REDACTED]. Elle travaille de [REDACTED], n'est pas présente le mercredi, et termine à [REDACTED] le mardi une fois par mois.</p> <p>Selon sa fiche de poste, le moniteur d'atelier est garant de la prise en charge des activités auprès d'un groupe. Ses missions incluent notamment l'organisation et l'encadrement des activités en collaboration avec l'éducateur coordonnateur, la participation aux réunions de synthèse, l'appui aux projets pédagogiques et la contribution à l'élaboration du projet d'accompagnement des résidents.</p> <p>Par ailleurs, l'analyse du tableau des effectifs, des fiches de paie et des diplômes fait apparaître que l'établissement dispose de [REDACTED] d'éducateur spécialisé. Ce professionnel occupe la fonction de chef de service éducatif et travaille [REDACTED].</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Écart 10 : La mission constate que l'établissement ne dispose pas d'assistante de service social ni de moniteur éducateur diplômé, ce qui contrevient aux dispositions des articles D344-5-12 et D344-5-13 du Code de l'action sociale et des familles¹³, qui prévoient la présence obligatoire de professionnels sociaux et éducatifs qualifiés pour assurer l'accompagnement global des résidents.</p> <p>Toutefois, il ressort des entretiens que lorsque les résidents souhaitent un rendez-vous avec une assistante sociale, ce sont leurs tuteurs qui se chargent de la prise de rendez-vous. Les résidents rencontrent donc les assistants sociaux à l'extérieur de l'établissement. Par ailleurs, les moniteurs d'atelier de l'établissement ne disposent pas [REDACTED] et ne peuvent donc pas être considérés comme remplissant [REDACTED] exigées par la réglementation pour l'accompagnement éducatif et social des résidents.</p>
	<p>2.1.3. Taux d'encadrement</p>		<p>L'effectif permanent de l'établissement EAM « Joie de Créer », qui dispose de 15 places en hébergement, est réparti comme suit (Cf tableau des effectifs corrigé, transmis le 29 septembre 2025) :</p> <p>Personnel soignant ([REDACTED]) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AMP/AES : [REDACTED] - Aide-soignant : [REDACTED] - Infirmiers diplômés d'État (IDE) : [REDACTED] - Psychologue : [REDACTED] - Médecin généraliste : [REDACTED] - Médecins spécialisés (rééducation fonctionnelle et psychiatrie) : [REDACTED] <p>Personnel éducatif et pédagogique [REDACTED] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moniteur d'atelier : [REDACTED] - Cheffe de service (éducateur spécialisé) : [REDACTED] - Coordinatrice : [REDACTED]

¹³ Article D344-5-12 du CASF : « L'établissement ou le service s'assure le concours d'une équipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, éducatif et social, de la rééducation et de la réadaptation.

L'organisation et la composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie garantissent :1° Un accompagnement au quotidien dans les actes essentiels de la vie quotidienne et les activités éducatives, sociales, culturelles et sportives ;2° La cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants ;3° Un encadrement des professionnels dans les conditions prévues à l'article D. 344-5-13... »

Article D344-5-13 du CASF : « Pour la mise en œuvre des articles D. 344-5-11 et D. 344-5-12, l'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe :1° Au moins un membre de chacune des professions suivantes :a) Médecin généraliste ;b) Educateur spécialisé ;c) Moniteur éducateur ;d) Assistant de service social ;... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Personnel administratif et de service [REDACTED] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnel administratif : [REDACTED] - Responsable comptable : [REDACTED] - Directeur : [REDACTED] - Ouvrier professionnel : [REDACTED] - Personnel de service général : [REDACTED] - Cuisinier : [REDACTED] <p>L'établissement est budgété pour [REDACTED] selon le tableau des effectifs. Au total, l'établissement dispose de [REDACTED] réels, répartis sur [REDACTED] auxquels s'ajoutent [REDACTED], portant le total des [REDACTED].</p> <p>Selon les entretiens, l'organisation cible repose sur les effectifs en CDI et sur les besoins des résidents. Elle permet de répartir le personnel de manière adaptée en fonction des missions et des différentes catégories professionnelles.</p> <p>L'établissement dispose d'une organisation du personnel globalement cohérente avec ses besoins.</p>
	<p>2.1.4. Postes vacants</p>	<p>Oui</p>	<p>Selon le tableau des effectifs des professionnels employés au sein de l'EAM, à la date de l'inspection, l'établissement présente [REDACTED] de postes vacants, [REDACTED].</p> <p>Écart 11 : Le nombre insuffisant d'aides-soignants et d'infirmiers diplômés d'État ne permet pas à l'établissement de garantir de manière optimale la qualité de la prise en charge des résidents, notamment pour les soins quotidiens et l'accompagnement individualisé, ce qui contrevient à l'alinéa 3° de l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).¹⁴</p>

¹⁴ 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. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché [...] »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>2.1.5. Qualification des professionnels</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Personnels administratifs : les contrats ainsi que les diplômes du personnel administratif (directeur, responsable comptable, chef de service, cuisinier, etc.) ont été transmis à la mission.</p> <p>Médecins</p> <p>Les contrats des [REDACTED] médecins intervenant au sein de l'EAM ([REDACTED]) ont été transmis. Seuls le diplôme et l'attestation d'inscription à l'Ordre du médecin généraliste ont été fournis. Les deux autres médecins sont bien inscrits aux ordres.</p> <p>AMP AES : Sur les [REDACTED] AMP/AES en CDI, l'établissement a transmis [REDACTED] diplômes d'AMP/AES.</p> <p>La mission constate que [REDACTED] (agents de surveillance de nuit) dans le tableau des effectifs ne disposent pas [REDACTED] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'un d'eux est actuellement engagé dans une démarche de validation des acquis de l'expérience (VAE) en vue d'obtenir le diplôme d'AES (attestation d'inscription transmise) ; - L'autre occupe ce poste depuis longtemps sur la seule base de son expérience professionnelle, [REDACTED]. De plus, d'après les documents transmis par l'établissement (plannings, tableau effectifs), la mission constate que ce professionnel est affecté à l'équipe de nuit. <p>Écart 12 : En affectant les agents faisant fonction d'AES à la prise en charge des soins des résidents la nuit, ces personnels non qualifiés ne sont pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 du CASF.</p> <p>Les fiches de poste des agents de surveillance de nuit présentent un glissement de tâches formalisé ; elles mentionnent une mission de distribution de médicaments. Or, aucun document relatif à une délégation formelle de cette tâche ni à une formation sur la distribution des médicaments n'a été transmis. En conséquence, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.4311-4 du Code de la santé publique¹⁵.</p>

¹⁵ Article R4311-4 du CSP : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer 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. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Le taux de rotation des professionnels</u>		<p>- 2022 : [REDACTED] - 2021 : [REDACTED]</p> <p>La mission constate que l'établissement a transmis un tableau du taux de rotation du personnel de l'EAM par métier (services, infirmerie, médecins, éducatif, agents de service général, administration) pour la période 2022 à 2024, indiquant un taux de rotation de [REDACTED] pour toutes les années mentionnées.</p> <p>Selon les données du tableau de bord de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) :</p> <p>- 2023 : [REDACTED] - 2022 : [REDACTED] - 2021 : [REDACTED]</p> <p>Ces taux de rotation, relativement faibles, témoignent d'une bonne stabilité du personnel permanent (CDI) au sein de l'EAM.</p>
2.1 Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>		<p>La mission d'inspection a consulté [REDACTED] dossiers administratifs du personnel, uniquement ceux des [REDACTED].</p> <p>Les dossiers administratifs des professionnels étaient rangés dans des armoires équipées de serrures, mais [REDACTED] et se trouvaient dans un bureau fermé à clé. Selon les entretiens réalisés, [REDACTED] car le bureau reste toujours fermé à clé. La mission a [REDACTED] mais le bureau était fermé à clé.</p> <p>Les dossiers consultés étaient organisés en six sous-dossiers, portant les intitulés suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation 2. Contrat de travail, déclarations à l'embauche et mutuelle 3. CV, diplômes, certificats de travail, casier judiciaire, carte nationale d'identité (CNI), carte Vitale, RIB et permis de conduire 4. Courriers SDISS et divers 5. Médecine du travail et vaccinations 6. Fiches de salaire <p>Il ressort des entretiens que l'établissement vérifie systématiquement les diplômes, et tout salarié souhaitant exercer au sein de l'EAM doit obligatoirement en être titulaire.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>La mission constate, après analyse des dossiers administratifs, que certains dossiers ne sont pas à jour : [REDACTED] ne contiennent aucun bulletin de casier judiciaire.</p> <p>Cette absence empêche de vérifier l'honorabilité des professionnels, conformément aux obligations légales applicables aux personnels exerçant dans des établissements accueillant des personnes vulnérables.</p> <p>Écart 13 : L'absence de traçabilité de la vérification du bulletin de casier judiciaire dans les dossiers administratifs contrevient aux dispositions de l'article L.133-6 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), ¹⁷qui impose aux établissements de vérifier l'honorabilité des personnes qu'ils emploient.</p> <p>Par ailleurs, selon les entretiens, tous les salariés concernés par l'inscription à l'Ordre des professionnels de santé sont effectivement inscrits. Cependant, l'examen des dossiers administratifs a révélé que, parmi les [REDACTED] dossiers d'infirmiers consultés, l'un ne comportait pas d'inscription à l'Ordre. En outre, sur les [REDACTED] dans l'établissement, une seule attestation d'inscription à l'Ordre des infirmiers a été transmise à la mission. De ce fait, la mission conclut qu'ils ne sont pas inscrits.</p> <p>Écart 14 : La non-inscription des IDE à l'ordre infirmier contrevient aux dispositions de l'article L.4311-15 du Code de la santé publique (CSP¹⁸).</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. Les intervenants/prestataires externes		<p>L'établissement fait appel [REDACTED] Toutefois, la mission n'a pas été destinataire des conventions signées encadrant ces collaborations.</p> <p>Remarque 14 : L'absence de convention formalisée avec des professionnels de santé extérieurs (masseur-kinésithérapeute et podologue) ne permet pas à la mission de vérifier de manière complète les conditions et modalités de leurs interventions, ni les garanties apportées en termes de suivi et de continuité des soins.</p>

¹⁷ Article L133-6 du CASF : « I. - Nul ne peut exploiter ni diriger l'un des établissements, services ou lieux de vie et d'accueil régis par le présent code ou ceux mentionnés à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique ou aux 1° et 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail, y intervenir ou y exercer une fonction permanente ou occasionnelle, à quelque titre que ce soit, y compris bénévole, y exercer une activité ayant le même objet en qualité de salarié employé par un particulier employeur au sens de l'article L. 7221-1 du même code, ou être agréé au titre du présent code, s'il a été condamné définitivement soit pour un crime, soit pour les délits prévus :... »

¹⁸ Article L4311-15 du CSP : « Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, avant leur entrée dans la profession, ainsi que celles qui ne l'exerçant pas ont obtenu leur titre de formation depuis moins de trois ans. L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leur titre de formation ou de leur autorisation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence ou de situation professionnelle... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>Le plan de formation des professionnels</u>	Non	<p>L'établissement a transmis plusieurs conventions de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une convention pour une formation d'Aide-Soignant (AS) suivie ■■■■■■■■■■, débutée ■■■■■■■■■■ ■ Une convention pour une formation d'éducateur spécialisé, ■■■■■■■■■■ - Une convention de formation ■■■■■■■■■■ ; ■ Une convention de formation avec ■■■■■■■■■■ <p>Selon les entretiens menés, ■■■■■■■■■■ agents suivent actuellement une formation : un agent prépare l'obtention du ■■■■■■■■■■ et un ■■■■■■■■■■ - ■■■■■■■■■■ Par ailleurs, un ■■■■■■■■■■ suit une ■■■■■■■■■■ (attestation transmise).</p> <p>Lorsqu'un salarié souhaite suivre une formation, la demande doit être formulée lors de l'entretien professionnel annuel, organisé chaque année. La cheffe de service informe ensuite le directeur, et une réunion est organisée ■■■■■■■■■■ pour décider des formations à planifier.</p> <p>Selon les entretiens menés, les formations réalisées depuis 2024 concernent notamment : la prévention incendie, l'utilisation du défibrillateur et la bientraitance.</p> <p>Cependant, la mission constate qu'aucun plan de formation global n'a été transmis, malgré sa demande. La mission conclut que l'établissement ne dispose pas de plan de formation formalisé.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f8d7da;"> <p>Écart 15 : L'absence de plan global de formation ne permet pas à la mission de vérifier que l'ensemble du personnel bénéficie d'un développement des compétences adapté aux besoins des résidents et garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge. De ce fait, l'établissement contrevient aux articles D344-5-10, 2° ; L311-1 et L311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).¹⁹</p> </div>

¹⁹ Article D344-5-10 2° du CASF : « Le directeur de l'établissement ou du service a la responsabilité du fonctionnement général de l'établissement ou du service. Sans préjudice des dispositions de l'article D. 312-176-5, le directeur est le garant de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1. A ce titre, le directeur : 1° En concertation avec la personne handicapée, sa famille, son représentant légal et l'équipe pluridisciplinaire, désigne le référent de chaque personne accompagnée, visé au 3° du D. 344-5-5 ; 2° Mobilise les moyens propres à assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels. »

Article L311-1 du CASF : « L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes : ... »

3° Actions éducatives, médicoéducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptée aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.11. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u>	Non	<p>D'après les entretiens menés, lorsqu'un nouvel agent intègre l'EAM « Joie de Créer », ses diplômes sont recueillis et il est reçu par le directeur, qui lui présente les premières consignes. La tenue professionnelle est ensuite remise par le directeur ou par la cheffe de service.</p> <p>L'agent débute ses fonctions en doublon auprès des résidents, sous l'accompagnement de la cheffe de service ou de la coordonnatrice des soins.</p> <p>Un mot de bienvenue rédigé par la direction lui est également adressé. Enfin, selon le document transmis à la mission, un livret d'accueil est remis afin de lui permettre de découvrir l'établissement et son organisation.</p> <p>Il est toutefois à noter qu'aucune procédure d'accueil des nouveaux professionnels n'a été communiquée à la mission.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 15 : L'absence de procédure d'accueil des nouveaux professionnels ne permet pas à la mission d'évaluer clairement l'organisation prévue pour leur intégration. Même si certaines actions existent (entretien avec la direction, accompagnement en doublon), elles ne sont pas formalisées.</p> </div>
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u>		<p>La mission constate que l'établissement a transmis une maquette organisationnelle datant de [REDACTED], alors même que l'EAM [REDACTED].</p> <p>Selon les entretiens réalisés, les professionnels badgent à leur arrivée dans l'établissement. Les plannings [REDACTED] sont élaborés par la coordonnatrice.</p> <p>D'après les témoignages recueillis, ces plannings sont établis sur une base mensuelle et remis aux professionnels au début de chaque mois.</p> <p>S'agissant de l'effectif [REDACTED] : L'analyse du tableau des effectifs, des fiches de paie et des diplômes permet de constater que l'établissement dispose de [REDACTED] d'infirmiers diplômés d'État (IDE) en contrat à durée indéterminée (CDI), répartis sur [REDACTED] agents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un IDE à [REDACTED]. - Un IDE à [REDACTED]. - Un IDE à [REDACTED]. <p>Ce dernier est [REDACTED] et remplacé par un IDE en contrat à durée déterminée (CDD) à [REDACTED]. Les IDE travaillent selon un cycle de roulement de quatre semaines, avec une présence quotidienne de six heures, à l'exception des week-ends où la durée de travail est portée à neuf heures.</p> <p>D'après les plannings observés (juin, juillet et août 2025), l'organisation prévoit la présence d'au moins [REDACTED] par jour, en demi-journée selon les horaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 8h à 14h,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> - De 14h à 20h, - Ou de 13h à 20h. <p>En semaine, [REDACTED] IDE effectuent également un horaire de 8h à 15h. Les week-ends, la présence est prévue de 8h à 20h.</p> <p>Cependant, la mission a constaté plusieurs périodes où aucun IDE n'était présent dans l'établissement, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Juin 2025 : [REDACTED] - Juillet 2025 : [REDACTED] - Août 2025 : [REDACTED]. <p>[REDACTED]</p> <p>Le tableau des effectifs indique la présence d'un aide-soignant, intégré dans un roulement de quatre semaines, travaillant sur des journées de sept heures, avec un week-end travaillé sur deux.</p> <p>S'agissant des AMP et AES, l'établissement dispose de [REDACTED] ETP, comprenant une [REDACTED] d'AES ainsi qu'une personne [REDACTED], répartis sur [REDACTED] agents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] affectés en journée, - [REDACTED] en poste de nuit. <p>Les agents de jour travaillent en horaires de 7h à 14h ou de 14h à 21h. L'équipe de nuit assure une présence continue de 21h à 7h, selon un roulement de quatre semaines, avec un maximum de trois nuits consécutives.</p> <p>D'après les entretiens, l'effectif attendu, au regard des besoins de l'établissement, est le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lundi : [REDACTED] soignants ([REDACTED] le matin et 1 l'après-midi ; - Du mardi au vendredi : [REDACTED] AES le matin et [REDACTED] l'après-midi ; - Week-ends (samedi et dimanche) : [REDACTED] AES le matin et [REDACTED] l'après-midi ; - Nuit : [REDACTED] AES chaque nuit. <p>L'analyse des plannings observés (juin, juillet et août 2025) des [REDACTED] montre que l'effectif cible est globalement atteint, de jour comme de nuit. Il est à noter que l'établissement fait également appel à des vacataires pour compléter ses équipes.</p> <p>Selon les plannings observés des mois de juin, juillet et août 2025, l'équipe éducative est composée de [REDACTED], comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] de chef de service éducatif,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>██████████ de moniteur d'atelier.</p> <p>Après analyse des plannings sur ces trois mois, la mission constate la présence d'au moins deux membres de l'équipe éducative chaque jour. Elle relève également la présence d'une salariée en contrat à durée déterminée (CDD).</p> <p>La mission observe par ██████████.</p> <p>Remarque 16 : La présence des agents extérieurs, non identifiés comme membres de l'équipe éducative dans le tableau des effectifs transmis par l'établissement, ne permet pas à la mission d'évaluer avec précision la composition réelle et stable de l'équipe éducative.</p> <p>Les personnels encadrants (directeur, responsable comptable, etc.) sont présents du lundi au vendredi, entre ██████████. Il est à noter que, selon le tableau des effectifs, le directeur est effectivement présent au sein de l'EAM du ██████████. Le médecin généraliste intervient ██████████, et le psychologue est également présent ██████████ par semaine, de 14h à 18h.</p> <p>Enfin, le temps de pause de l'ensemble des professionnels est compris entre 12h et 13h45.</p> <p>Afin d'assurer la continuité des activités et la qualité de la prise en charge, l'établissement a mis en place une procédure spécifique pour gérer les absences de salariés.</p> <p>Selon les entretiens menés, lorsqu'un salarié est absent, l'établissement privilégie en premier lieu un remplacement interne.</p> <p>La procédure transmise précise qu'en cas d'absence imprévue, le salarié doit prévenir l'établissement par téléphone. Le responsable hiérarchique informe alors l'équipe concernée ainsi que le service des ressources humaines.</p> <p>Sur le plan organisationnel, il appartient au responsable de vérifier les possibilités de remplacement en fonction des horaires et, dans la mesure du possible, de solliciter un vacataire habituel ou un titulaire disponible, dans le respect de la réglementation sur le temps de travail et des règles RH. Le planning est ensuite modifié et affiché dans sa version actualisée.</p> <p>En cas d'impossibilité de remplacement, une réorganisation interne est prévue. Elle consiste à identifier les tâches prioritaires du salarié absent, à répartir ses missions urgentes entre les autres membres de l'équipe et à reporter ou adapter les activités non urgentes</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.13. <u>Analyse des plannings</u>		<p>Le jour de l'inspection, d'après le planning du 12 août, [REDACTED]. Les équipes, en revanche, étaient au complet.</p> <p>Concernant l'équipe soignante, étaient présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] AS/AES de jour, dont [REDACTED] vacataire de jour ; - [REDACTED] AES et [REDACTED] d'AES de nuit ; - le médecin généraliste, en congé ; - le psychologue ; - [REDACTED] IDE. <p>La cheffe de service ainsi que la coordonnatrice étaient également présentes.</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.14. <u>Les fiches de poste des professionnels</u>		<p>Selon les entretiens, les fiches de poste sont établies par le directeur, en collaboration avec la cheffe de service et la responsable comptable, et adaptées au cas par cas en fonction des besoins. L'établissement a transmis l'ensemble des fiches de poste des professionnels salariés en CDI.</p> <p>Toutefois, la mission constate que les fiches de poste [REDACTED]</p> <p>Remarque 17 : Les fiches de poste des surveillants de nuit ne sont pas actualisées et ne reflètent pas la réalité des pratiques actuelles.</p>

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3- Gestion d'information	2.2.1. <u>Le support et le contenu des dossiers de soins et médicaux des usagers</u>		<p>L'établissement dispose d'un logiciel dédié [REDACTED] regroupant les parties administratives et soins.</p> <p>La partie "papier" des dossiers médicaux (DM) est conservée dans une armoire et dans des casiers en dessous d'un meuble bas situé dans le bureau du médecin et dans celle des dossiers de soins dans l'infirmerie.</p> <p>Les projets d'accueil personnalisé en version "papier" sont conservés dans le bureau des AMP.</p> <p>D'après les entretiens, les DM sont régulièrement mis à jour.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Il existe des plans de soins individualisés pour chaque résident. Cependant la traçabilité des actes effectués est perfectible car non effectuée systématiquement ni en temps réel, ce qui ne peut en garantir l'exhaustivité.</p> <p>La mission note que l'évaluation de la douleur nociceptive n'est pas tracée bien que l'établissement dispose d'un protocole "douleur" comportant 2 questionnaires différents d'auto-évaluation et une échelle d'évaluation de la douleur ainsi qu'une fiche de surveillance de la douleur et une autre de suivi de la douleur. Les différents outils sont complexes à utiliser.</p> <div data-bbox="1189 512 2110 619" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 16 : Les dossiers médicaux et de soins en version "papier" sont conservés dans des armoires et contenants non fermés à clé ce qui contrevient à l'article L1110-4 du CSP.²⁰</p> </div> <div data-bbox="1189 683 2110 790" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 17 : L'absence de traçabilité des soins en temps réel et de l'évaluation de la douleur contreviennent aux articles L1112-4, R4311-2, R4311-3 du CSP et D344-5-3 du CASF.²¹</p> </div>

²⁰ Article L1110-4 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.... »

²¹ Article L1112-4 du CSP : « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. »

Article R4311-2 du CSP : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :... »

Article R4311-3 du CSP : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

Article D344-5-3 du CASF : « Pour les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent, les établissements et services mentionnés à l'article D. 344-5-1 : 4° Portent une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique ; 7° Assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins ;... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Remarque 18 : La multiplication des supports d'évaluation et de surveillance de la douleur n'incite pas à les utiliser.</p>
	<p>2.2.2. Les prescriptions</p>	<p>Non</p>	<p>De nombreuses prescriptions sont effectuées sur des ordonnances papier et non pas directement via le logiciel de gestion du dossier médical des usagers, ce qui ne peut qu'être facteur de risque d'erreurs de retranscription.</p> <p>Écart 18 : Les traitements ne sont pas systématiquement prescrits dans le logiciel de soins, ce qui est facteur de risque d'erreurs lors de la retranscription dans les plans de traitement et contrevient à l'article L311-3 du CASF.²²</p>
<p>2.3 Gestion d'information</p>	<p>2.2.3. Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La sécurisation de l'accès aux données médicales est [REDACTED]. En effet, les IDE [REDACTED] ne disposent pas de codes personnels d'accès au logiciel de soins et utilisent les codes des IDE en CDI. De plus, les armoires contenant les dossiers médicaux des usagers sont certes dans des locaux fermés à clé mais les [REDACTED]</p> <p>Écart 19 : L'accès libre aux dossiers médicaux et de soins des usagers ainsi que l'absence de codes d'accès au logiciel de soins dédiés pour les professionnels vacataires contreviennent aux articles L1110-4 et R4312-35 du CSP²³ et L311-3 du CASF.</p>

²² Article L311-3 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 : 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 ; ... »

²³ Article R4312-35 du 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. L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscretion. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	2.2.4. <u>Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux</u>	Non	<p>La mission a constaté l'absence de traçabilité des bilans et soins effectués par les kinésithérapeutes libéraux intervenant au sein de l'établissement, ce qui ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge ni des échanges interprofessionnels.</p> <p>Écart 20 : L'absence de traçabilité des bilans et des soins effectués par les kinésithérapeutes contrevient à l'article R4321-2 du CSP.²⁴</p>
	2.2.5 <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u>	Non	<p>La mission a noté que l'EAM ne dispose pas d'un registre des entrées et des sorties. D'après la liste des résidents pris en charge, trois ont intégré la structure en 2025 (l'un en février ; l'autre en avril et le dernier en mai).</p> <p>Écart 21 : L'absence de registre des entrées et sorties des résidents côté et paraphé contrevient aux obligations mentionnées aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.²⁵</p>

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>	Oui	L'EAM est situé au rez-de-chaussée du bâtiment. L'état général de ce dernier est satisfaisant et bien entretenu. Le ménage est réalisé quotidiennement par plusieurs agents de service.

²⁴ Article R4321-2 du CSP : « Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur... »

²⁵ Article L331-2 du CASF : « Il est tenu dans tout établissement un registre, coté et paraphé dans les conditions fixées par voie réglementaire, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre est tenu en permanence à la disposition des autorités judiciaires et administratives compétentes... »

Article R331-5 du CASF : « Le registre prévu à l'article L. 331-2 est coté et paraphé par le maire. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Plus précisément, il bénéficie de [REDACTED] d'agents de service, répartis entre [REDACTED], et de [REDACTED]. [REDACTED] agents de service travaillent du lundi au vendredi de 8h à 13h, tandis qu'un [REDACTED] agent intervient trois fois par semaine à [REDACTED] (tableau des effectifs). D'après leur fiche de poste signée en 2017, les agents de service assurent l'entretien des locaux, des espaces communs ainsi que des chambres des résidents (nettoyage et désinfection).</p> <p>L'agent de maintenance, qui travaille du lundi au vendredi de 8h30 à 12h, est, selon sa fiche de poste signée en 2020, chargé d'exécuter les travaux et d'assurer la maintenance de première nécessité (plomberie, serrurerie, électricité, peinture, revêtement de sol). Il veille également au bon fonctionnement de la chaufferie et accompagne les entreprises lors de leurs interventions.</p> <p>Selon les entretiens réalisés, l'établissement ne dispose d'aucun document formalisant le suivi des réparations. L'agent de maintenance collabore avec le secrétaire intendant, qui lui indique les petits travaux à réaliser ou reçoit de sa part des informations sur les réparations nécessaires.</p> <p>Remarque 19 : L'absence de document formalisant le suivi des réparations à effectuer et effectuées ne permet pas d'assurer une traçabilité claire des interventions réalisées.</p>
2.4. Bâtimens, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u>	Oui	<p>Le jour de l'inspection, l'équipe a visité l'établissement et la mission a constaté que les couloirs, les sanitaires, les locaux collectifs et les chambres individuelles sont spacieux, permettant une circulation aisée, notamment pour les personnes en fauteuil roulant. Les couloirs sont équipés de barres d'appui, accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR), et dotés d'extincteurs. Les plans des locaux sont affichés à chaque étage.</p> <p>Les espaces communs sont climatisés. Le bâtiment comprend deux ascenseurs, dont un exclusivement réservé au personnel. L'EAM est situé au rez-de-chaussée du bâtiment.</p> <p>L'accès à l'établissement est sécurisé par un portail fermé avec interphone. Une rampe d'accès est aménagée à l'entrée et un dispositif de vidéosurveillance assure un complément de sécurité.</p>

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u>	Oui	L'établissement dispose d'une salle à manger de taille suffisante, d'une salle de kinésithérapie ainsi que d'une grande salle d'activités accueillant différents ateliers. Selon les entretiens, environ quarante ateliers sont organisés entre 9h30 et 12h15. Ils ont lieu trois fois par semaine et réunissent quotidiennement entre 20 et 25 usagers de l'EAM et du foyer de vie. L'EAM est également doté d'une grande baignoire spécifique équipée d'un lève-malade pour aider aux transferts.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.2. <u>La salle d'apaisement, de retrait</u>		L'établissement ne dispose pas de salle d'apaisement. Selon les entretiens, la majorité des personnes accueillies présentent un handicap cérébral et ne [REDACTED] Cependant, l'EAM dispose d'une salle de type "Snoezelen" au 1er étage bien équipée et de 2 AMP formées spécifiquement à son usage. Elles y prennent en charge les résidents à la demande de la psychologue, des AES ou du résident lui-même. Les séances sont tracées dans le dossier de soins.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. <u>Les chambres</u>		Les chambres sont toutes médicalisées et équipées de rails de transfert. Chaque chambre est individuelle et dispose d'un système d'appel malade fonctionnel et accessible depuis le lit de l'usager ainsi que dans les sanitaires.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.4. <u>Les salles de bains et WC</u>	Oui	Chaque résident dispose d'une salle de bain individuelle, comprenant des WC, un lavabo, des barres d'appui et un dispositif d'appel malade.

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. <u>L'aide à la prévention des chutes</u>	Oui	<p>La configuration du bâtiment contribue à aider à la prévention des chutes dans les espaces de circulation- vastes couloirs ; présence de barres d'appui ; de chaises ; de petits espaces pour que les résidents puissent se poser.</p> <p>Il existe un protocole de prise en charge des chutes mais pas de leur prévention.</p> <p>L'établissement a fait savoir qu'il ne déclare aucune chute pour l'année 2024 et le premier trimestre 2025.</p>
2.5. Sécurités	2.5.2. <u>La prévention des sorties inopinées</u>	Non	<p>L'établissement n'est pas confronté au risque de sortie inopinée des résidents. Le bâtiment est sécurisé (codes d'accès pour entrer et pour sortir) et est équipé d'un dispositif de vidéosurveillance. Les résidents ne sortent pas d'eux-mêmes.</p>
2.5. Sécurités	2.5.3. <u>Les appels-malade</u>	Partiellement	<p>Chaque chambre est équipée d'un appel malade, de même que les salles de bain et WC.</p> <p>Le jour de l'inspection, la mission a procédé à un test : une professionnelle est intervenue en moins de deux minutes.</p> <p>Cependant l'établissement ne dispose que d'un seul et unique système de report situé dans la salle des AMP. Cela ne permet pas de garantir une réponse rapide et adaptée car aucun professionnel n'y est présent en permanence pour veiller les alarmes visuelles. Quant à l'alarme sonore, elle n'est pas audible en tous points de l'EAM. De plus, ce système ancien ne comprend aucune traçabilité des appels émis, ce qui rend impossible toute analyse des délais de réponse et mise en place éventuelle d'actions correctives. Il n'est par ailleurs, pas effectué d'audit régulier.</p> <p>Écart 22 : Le système actuel de report des appels malade ne permet pas aux professionnels d'en être informés en temps réel et en tout lieu, et de pouvoir ainsi garantir une réponse adaptée à une urgence et la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.²⁶</p>

²⁶ Article L311-3 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 : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Remarque 20 : Le système actuel de report ne permet pas de tracer et d'analyser régulièrement les temps de réponse.</p>
2.5. Sécurités	2.5.4. <u>Le PV de sécurité</u>	Oui	<p>Le PV de la commission de sécurité du 29 août 2023 concernant le foyer de vie Joie de créer ne fait pas état de dysfonctionnements.</p> <p>Le prochain passage de la commission de sécurité est prévu en octobre 2025.</p>
2.5. Sécurités	2.5.5. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u>	Oui	<p>L'identification des résidents est notamment garantie par le nom parfois accompagné de la photo sur les portes des chambres.</p> <p>Aucune place n'est identifiée sur les tables, dans la salle de restauration ; les résidents ayant la capacité de trouver leur place.</p> <p>Les résidents ne portent pas de bracelet. Ils ne peuvent quitter l'établissement ; le bâtiment étant sécurisé.</p>

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. <u>L'admission</u>	Non	<p>La mission n'a pas eu communication d'une procédure formalisée s'adressant au personnel et décrivant les rôles et missions de chacun pour l'accueil du résident.</p> <p>Dans le règlement de fonctionnement les modalités sont évoquées mais ne constituent pas une procédure sur laquelle les agents peuvent s'appuyer.</p> <p>Les entretiens menés et les documents transmis par l'établissement ne permettent pas de déterminer les critères de refus d'admission.</p> <div data-bbox="1200 619 2134 722" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 23 : La direction de l'EAM n'a pas établi de procédure précisant les étapes du processus d'admission dont les critères de refus, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du CASF.²⁷</p> </div>
	3.1.2. <u>Le contrat de séjour</u>	Partiellement	<p>Le contrat de séjour a été transmis. Il est signé par l'utilisateur ou son représentant légal et le directeur.</p> <p>La mission signale cependant, qu'il ne fait pas état:</p> <ul style="list-style-type: none"> - des objectifs et actions de soutien définis de façon détaillée ; - de la révision de la décision d'orientation prise par la commission, en cas d'évolution de l'état ou de la situation de la personne en situation de handicap ; - de la possibilité de désigner une personne de confiance ; - de la décision de la personne accueillie ou de son représentant légal pour le contrôle effectué dans son espace privatif en application de l'article L313-13-1 du CASF ainsi que pour la collecte,

²⁷ 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. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>la conservation et le traitement des données personnelles recueillies au cours de sa prise en charge.</p> <p>Écart 24 : Le contrat de séjour n'est pas conforme aux attendus réglementaires, ce qui contrevient aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF.²⁸</p>
	3.1.3. <u>Les médecins traitants</u>	Oui	Les résidents accueillis de façon permanente ont tous un médecin traitant.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>Les transmissions inter équipes</u>		<p>Les transmissions inter équipes sont réalisées oralement et par écrit sur un cahier dédié et concernent essentiellement les modalités d'organisation (comme des ruptures de stock d'un médicament, les résidents absents ...) ainsi que des points importants relevant de situations individuelles (comme la [REDACTED]).</p> <p>Ces transmissions écrites viennent en plus de celles effectuées dans le logiciel de soins.</p> <p>De plus, des réunions pluriprofessionnelles sont également organisées régulièrement avec parfois un échange spécifique sur un résident et/ou sur l'organisation des soins.</p>

²⁸ Article D311 du CASF : « 1.-Le contrat de séjour mentionné à l'article L. 311-4 est conclu dans les établissements et services mentionnés aux 1°, 2°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 12° et 16° du I et au III de l'article L. 312-1, dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois. V.-Le contrat de séjour comporte :..... »

Article L311-4 du CASF : « Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie. En cas de mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre Ier du code civil. Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements, de services et de personnes accueillies. ... »

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 Projets individualisés d'accompagnement (PIA) :</u>	Partiellement	<p>Les différents entretiens réalisés n'ont pas permis à l'équipe d'inspection d'identifier une procédure d'élaboration et de suivi des PIA. Toutefois, une procédure a été transmise par l'établissement le 25 août 2025. Elle devra être retravaillée pour devenir une base de travail sur laquelle les professionnels peuvent s'appuyer.</p> <p>Remarque 21 : L'EAM ne dispose pas d'une procédure dûment formalisée en termes d'élaboration et de suivi des PIA, portée à la connaissance de tous les professionnels.</p> <p>Chaque résident a un projet individualisé d'accompagnement.</p> <p>Les PIA sont actualisés tous les ans et enregistrés sur le logiciel [REDACTED]</p> <p>Chaque résident a un référent et un co-référent attitrés.</p> <p>Les familles sont associées à l'élaboration des PIA, comme l'indique la procédure transmise par l'établissement.</p> <p>La procédure fait état d'une réunion de synthèse annuelle programmée pour chaque résident par la coordonnatrice, en présence du résident s'il le souhaite, le référent qui présente le projet ou le co-référent, la coordonnatrice, la cheffe de service, un IDE, la psychologue.</p>

3.3. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.3.1. <u>Relations avec les familles</u>	Oui	<p>Les relations avec les familles sont abordées dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>Une enquête de satisfaction est prévue auprès des familles (CVS de juin 2025).</p> <p>Les relations avec les familles se construisent autour de nombreuses animations et activités auxquelles elles sont conviées (CVS ; concerts des scouts ; thé dansant ; bowling ; kermesse).</p> <p>Un pavillon (maison de Paulette Chailloux) de l'association est mis à la disposition des familles.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.3.2. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>	Oui	<p>Le projet d'établissement précise les modalités de l'accompagnement à la vie sexuelle et affective des résidents notamment la sensibilisation au consentement et au respect de soi et de l'autre. Il détaille les activités mises en place pour que les personnes aient une meilleure connaissance de leur corps : expression corporelle, sophrologie, socio-esthétique...</p> <p>Une sage-femme intervient 3 fois /an sur le thème « intimité de la personne » pour informer sur la vie affective et sexuelle.</p> <p>L'intimité des résidents est respectée.</p> <p>Un accompagnement gynécologique est réalisé sur Savigny-sur-Orge. Une sage-femme intervient pour des informations collectives et en petits groupes sur l'établissement. L'intimité de la personne est garantie.</p>

3.4. L'hébergement, l'internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3.4.1. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u>	Partiellement	<p>Le suivi de l'hygiène des résidents est programmé quotidiennement et automatiquement dans les plans de soins des dossiers informatisés, notamment les douches, la toilette partielle et le lavage des cheveux.</p> <p>Cependant, les professionnels (et les résidents) indiquent que les soins sont effectués mais reconnaissent une insuffisance de la traçabilité de leur effectivité ou du motif de non réalisation.</p> <p>Remarque 22 : La traçabilité des soins d'hygiène corporelle dans le logiciel de soins est très incomplète.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.4.2. <u>Les changes</u>	Partiellement	<p>Les changes (et protections ou accompagnement aux toilettes) sont programmés quotidiennement et automatiquement dans les plans de soins des dossiers informatisés.</p> <p>Cependant, la réalisation de ces soins est très insuffisamment traçée.</p> <p>Remarque 23 : La traçabilité des changes est insuffisante.</p>

3.5. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>La restauration</u>	Oui	<p>Les repas et collations sont pris aux horaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> .Petit déjeuner : 7h00 – 9h00. Il peut être pris en chambre ; .Déjeuner : 12h15 à 13h00 ; .Gouter : 16h15 – 16h45 ; .Diner : 19h00 à 20h00. <p>Les périodes de jeûne nocturne sont respectées ; elles ne dépassent pas 12 heures.</p>
	3.5.2. <u>Les régimes et les textures</u>	Partiellement	<p>La mission ne dispose pas d'information sur la prescription des régimes alimentaires et les textures modifiées.</p> <p>Un document « Régimes alimentaires des résidents » mis à jour en juin 2025, a été transmis : sont indiqués les différents types de régimes : repas hachés ; repas mixés ; repas allégés ; repas antiacidité ; repas diabétiques ; compléments protéinés ; avec le prénom de chaque résident concerné. De la même façon, les allergies et les prénoms figurent sur le document. Les résidents suivant le régime « sans porc » sont également précisés ; alcool et quantité également pour les résidents concernés.</p> <p>Les documents concernant les régimes et les textures des résidents sont affichés en cuisine. Toutefois, ceux-ci ne sont pas actualisés (datent d'octobre 2024) et manquent de clarté.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Remarque 24 : Les documents relatifs aux régimes alimentaires et aux textures modifiées des résidents ne sont pas à jour et suffisamment explicites.</p> </div>
	3.5.3. <u>Les troubles de la déglutition</u>	Oui	<p>L'établissement a transmis un protocole de "dépistage et prise en charge des troubles de déglutition : fausse route". L'évaluation a lieu à l'admission des résidents ; le test du verre d'eau est décrit.</p> <p>Cette problématique est connue des professionnels et le compte rendu d'une réunion consacrée à la prévention chez un résident a été transmis à la mission.</p>
	3.5.4. <u>Le suivi de l'état nutritionnel</u>	Partiellement	<p>L'état nutritionnel des résidents est irrégulièrement suivi via le poids (pesée mensuelle non systématique) et le calcul de l'IMC.</p> <p>L'établissement a transmis un tableau de ces valeurs daté du [REDACTED] pour [REDACTED] résidents.</p>

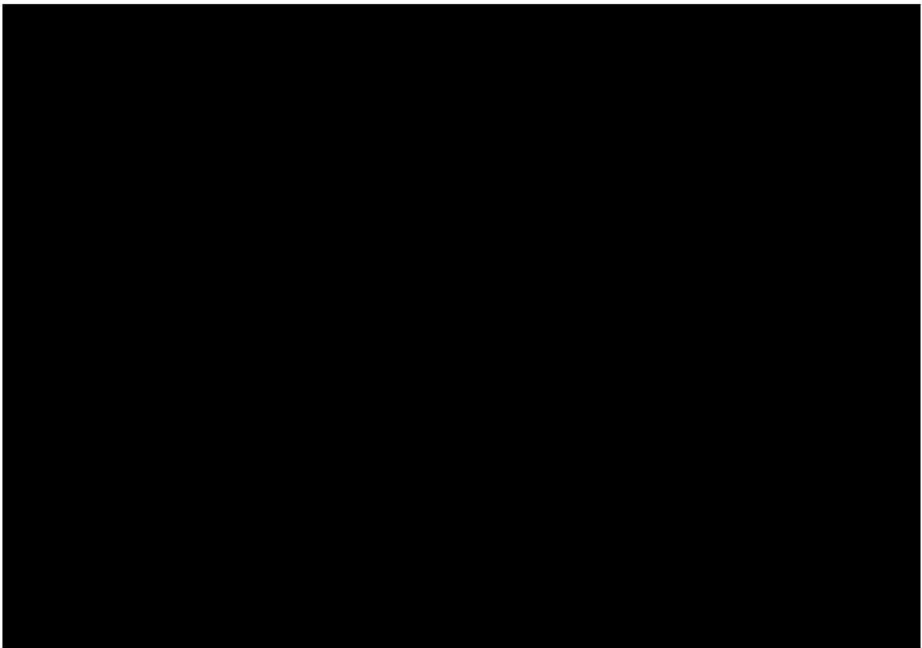
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Il fait ressortir que [] résidents sur [] sont en surpoids et [] obèses. Ainsi [] des résidents ont un []</p> <p>Il existe un protocole d'évaluation et de prise en charge de la dénutrition mais pas de la malnutrition ou de l'obésité.</p> <p>Remarque 25 : L'état nutritionnel de [] des résidents n'est pas satisfaisant et pas suffisamment suivi.</p>

3.6. Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	3.6.1. <u>L'organisation des activités éducatives</u>	Oui	<p>Le moniteur d'atelier encadre les activités en s'appuyant sur le projet pédagogique de l'établissement. Il adapte les activités aux capacités des résidents en tenant compte de leurs projets personnalisés.</p> <p>Le résident choisit parmi les activités proposées celles qui lui conviennent et peut également en proposer.</p>

3.7. Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.7.1. <u>La coordination des soins</u>	Oui	<p>Les rapports d'activité 2023 & 2024 comportent un tableau récapitulatif des différents suivis médicaux des résidents et examens complémentaires effectués par des spécialistes.</p> <p>Ces tableaux permettent d'affirmer que la coordination des soins est bien effectuée par le médecin généraliste en lien avec le médecin psychiatre et le médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation, tous trois salariés de l'établissement.</p> <p>La mission souligne cependant [], ce qui ne permet pas aux médecins d'être aidés sur ce point.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			
	<p>3.7.2. <u>La continuité des soins</u></p>		<p>Un IDE est présent seulement en journée chaque jour de la semaine. Aucune astreinte de nuit n'est assurée.</p> <p>Pour assurer la continuité des soins, notamment la distribution des médicaments, une IDE libérale passe chaque soir et le week-end.</p>
	<p>3.7.3. <u>Les missions médicales</u></p>		<p>Les 3 médecins salariés de l'établissement assurent les différentes missions qui leur sont confiées. D'après les entretiens, chaque résident bénéficie d'un avis avant admission et d'un bilan dans les jours suivant son admission, traçé dans le logiciel de soins..</p> <p>Les composantes neuropsychiatrique et médecine physique et de réadaptation sont bien prises en compte.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>3.7.4. <u>Le dossier de liaison d'urgence (DLU)</u></p>		<p>Il est possible d'imprimer un DLU pour chaque résident mais il est nécessaire de choisir manuellement les items de sa composition à chaque impression.</p> <p>Il existe une version "papier" en cas de panne informatique dont la version était datée du 21/05/2025 au jour de l'inspection. Les professionnels ont indiqué à la mission que cette version était régulièrement mise à jour.</p> <p>Remarque 26 : La non-programmation des items devant composer de façon standard un DLU ne garantit pas que le choix fait par l'agent au moment d'une urgence médicale soit le plus efficient.</p>
	<p>3.7.5. <u>L'infirmierie</u></p>		<p>L'infirmierie est située au rez-de chaussée et est distincte du cabinet médical. La porte est fermée à clé en l'absence de professionnel présent. Seuls les soignants en disposent.</p> <p>Elle comprend 2 pièces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La 1ere, climatisée, comporte un meuble bas avec des tiroirs contenant divers matériels de soins et une paillasse [REDACTED] sur le dessus servant à la préparation des soins, une autre paillasse servant à entreposer différents documents papier sur le dessus et des cartons en dessous, un bureau avec un poste informatique ainsi qu'une armoire contenant les dossiers de soins, les classeurs de protocoles et de la documentation diverse; le chariot à pansement; au mur sont accrochés plusieurs documents et dessins; un lavabo avec distributeur de savon et d'essuie-mains à usage unique; - La 2e, non climatisée, sert à entreposer la chaise-basculante, les chariots de distribution des médicaments, du matériel médical et les médicaments rangés dans 3 placards dont un comprend le coffre à stupéfiants; un petit réfrigérateur domestique, avec 2 thermomètres à l'intérieur, pour le stockage des médicaments à conserver au froid et des packs de froid; un lavabo avec distributeur de savon et d'essuie-mains à usage unique y est également installé ainsi qu'une armoire vestiaire pour l'infirmière. <p>Écart 25 : La procédure d'urgence vitale ou a minima le numéro d'urgence à appeler n'est pas affichée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux bonnes pratiques professionnelles.</p> <p>Remarque 27 : La mission constate l'absence de consignes et de traçabilité de la surveillance de la température (qui doit être comprise entre +2 et +8°C) et de conduite à tenir en cas d'anomalie ainsi que de l'entretien de l'enceinte réfrigérée.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.7.6. <u>Le chariot et les équipements d'urgence</u>	Non	<p>L'établissement ne dispose pas d'un chariot ou sac d'urgence.</p> <p>Seuls une bouteille d'oxygène (remplie mais sans insufflateur manuel) et un aspirateur de muscosités (ancien) étaient présents.</p> <div data-bbox="1191 411 2136 513" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 26 : L'absence de matériel et de médicaments permettant de prendre en charge une urgence médicale survenant au sein de l'EAM contrevient aux articles L311-3 et D344-5-6 du CASF.²⁹</p> </div>
	3.7.7. <u>Le défibrillateur automatisé externe (DAE)</u>	Non	<p>L'établissement n'est pas doté d'un défibrillateur automatisé externe.</p> <div data-bbox="1191 619 2136 721" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 27 : L'absence de défibrillateur automatisé externe contrevient à l'article L311-3 du CASF, au décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 ³⁰et à l'arrêté du 29 octobre 2019.</p> </div>
	3.7.8. <u>Les procédures et protocoles de soins</u>	Partiellement	<p>L'établissement dispose de protocoles et procédures de soins. Cependant, l'établissement n'a pas transmis la liste des protocoles de soins.</p> <p>Les 7 transmis à la mission ne sont ni datés, ni signés.</p> <p>Concernant les urgences, n'ont été transmis que les protocoles traitant d'une fausse route, de l'arrêt cardio-respiratoire, l'épilepsie et le malaise. Le document est sommaire et non à jour des dernières recommandations de bonnes pratiques. Le document sur le malaise évoqué dans le sommaire du document n'a pas été transmis.</p> <p>Au vu des éléments transmis et consultés sur place, la mission considère que l'établissement ne dispose pas de suffisamment de protocoles et procédures de soins.</p>

²⁹ Article D344-5-6 du CASF : « Pour répondre aux situations nécessitant une intervention d'urgence, les établissements mentionnés à l'article D. 344-5-1 :1° Disposent d'un 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 ;... »

³⁰ Décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 : « Objet : obligation faite aux établissements recevant du public de s'équiper d'un défibrillateur automatisé externe en application des articles L. 123-5 et L. 123-6 du code de la construction et de l'habitation (et de l'article L. 5233-1 du code de la santé publique). »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 28 : L'absence de date et de signature du médecin sur les protocole de soins et d'urgence contrevient aux articles R.4311-7, R.4311-8 et R.4311-14 du CSP. ³¹

3.8. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3.8.1. <u>La procédure du circuit du médicament</u>	Partiellement	<p>L'établissement a transmis deux procédures (non datées et non signées), une intitulée "protocole pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante" et une dénommée "modalités pour les médicaments écrasés / liste des médicaments écrasés" accompagnées de la fiche OMEDIT IDF sur les bonnes pratiques d'aide à la prise de février 2022 et de celle de l'OMEDIT Normandie sur la liste des médicaments à comprimés écrasables et gélules ouvrables de mai 2022.</p> <p>La procédure sur l'aide à la prise des médicaments par les AS & AES/AMP est claire et détaillée. Elle insiste sur la formation des professionnels concernés mais n'en détaille pas les modalités, ni le contenu, ni les modalités d'évaluation et de validation. Elle ne comprend pas non plus de paragraphe dédié aux modalités d'administration et/ou d'aide à la prise des médicaments au coucher ou la nuit.</p>

³¹ Articles R4311-7 du CSP : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou d'une prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : ... »

Article R4311-8 du CSP : « L'infirmier ou l'infirmière 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 du 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. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Écart 29 : L'absence de procédure détaillant le contenu et les modalités de formation et d'habilitation des AS, AES/AMP amenés à aider à la prise des médicaments contrevient à l'article L313-26 du CASF et à l'article R4312-36 du CSP ³²ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'OMEDIT Île de France.</p>
3.8 Champ thérapeutique	3.8.2. Les médicaments		<p>L'établissement dispose d'un stock de médicaments pour besoins urgents mais il n'existe pas de liste du stock dont la composition n'a pas été validée par un des 3 médecins salariés et le pharmacien d'officine. Ce stock est en partie constitué par le reliquat de médicaments prescrits à des résidents et dont le traitement a été arrêté (de nombreuses boîtes comportent le nom des résidents). Les péremptions sont contrôlées (post-it apparents sur les casiers) mais non tracées.</p> <p>Ces médicaments, ainsi que ceux des résidents ne faisant pas partie des doses préparées par la pharmacie d'officine dans des piluliers (médicaments sous forme de goutte, pommade ...) sont conservés dans des armoires et des casiers nominatifs dans des armoires non fermées à clé.</p> <p>Une liste des médicaments à risque est affichée sur une des portes des armoires.</p> <p>Les piluliers sont préparés par la pharmacie d'officine. Ils sont livrés hebdomadairement à l'établissement avec une semaine d'avance, ce qui en permet le contrôle par un IDE salarié de l'EAM. Lors de la livraison, chaque pilulier est contrôlé par un IDE et est livré avec un plan de traitement récapitulatif.</p> <p>Les IDE préparent les médicaments qui ne font pas partie des piluliers comme les médicaments sous forme de goutte ou ceux nécessitant un écrasement pour être administrés.</p> <p>Le broyage est effectué sur prescription.</p> <p>L'identification des médicaments préparés par la pharmacie est garantie jusqu'à leur administration. En effet, les piluliers, sous forme de blisters, comportent sur le dessus : nom, prénom et date de naissance du résident, le nom du médicament et la quantité de produit actif, la date et l'horaire du</p>

³² Article L313-26 du CASF : « Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

Article R4312-36 du CSP : « L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. Il est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>jour (avec en plus 1 liseré de couleur différent) prévus pour l'administration, parfois la photo du résident. A noter que les médicaments à préparer en extemporané par l'infirmier sont mentionnés dans les cases de droite et dans une couleur différente des médicaments préparés par la pharmacie d'officine, qui sont indiqués dans la case de droite en noir.</p> <p>Les piluliers sont stockés dans des casiers nominatifs rangés dans des chariots dédiés non fermés à clé.</p> <p>Ce sont les IDE qui distribuent et administrent les médicaments la plupart du temps (matin, midi, soir), sauf ceux du coucher.</p> <p>La traçabilité de l'administration est effective mais n'est pas effectuée en temps réel. La traçabilité des motifs de non-administration ne sont pas tracés.</p> <div data-bbox="1189 595 2134 667" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 30 : La conservation des médicaments dans des armoires et chariots non fermés à clé contrevient aux articles R5126-109 et R.4312-39 du CSP.³³</p> </div> <div data-bbox="1189 727 2134 831" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 31 : L'absence de photographie systématique sur les piluliers ne permet pas de garantir une identitovigilance fiable, notamment par le personnel vacataire, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.³⁴</p> </div> <div data-bbox="1189 892 2134 995" style="border: 1px solid black; background-color: #d1ecf1; padding: 5px;"> <p>Remarque 28 : L'absence de liste des médicaments constituant le stock de la dotation pour besoins urgents et de traçabilité de la vérification des dates de péremption contrevient aux règles de bonnes pratiques professionnelles.</p> </div>

³³ Article R5126-109 du CSP : « Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108, sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage. »

Article R4312-39 du CSP : « L'infirmier prend toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice professionnel. »

³⁴ Article L311-3 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 :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; ... »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Remarque 29 : L'absence de traçabilité en temps réel de l'administration des médicaments ne respecte pas les bonnes pratiques et pourrait générer une perte d'information sur la prise en charge des résidents.</p>
3.8 Champ thérapeutique	3.8.1. Les stupéfiants	Partiellement	<p>L'établissement dispose d'un coffre à stupéfiants localisé dans un des placards de l'infirmerie. Le coffre était fermé.</p> <p>La mission n'a pu voir le contenu car [REDACTED]. La mission n'a pas non plus été en capacité de contrôler le registre d'administration non présent à proximité du coffre.</p> <p>Au jour de l'inspection, d'après l'IDE présent, aucun résident ne bénéficiait d'antalgiques morphiniques.</p> <p>Écart 32 : L'impossibilité d'ouvrir le coffre à stupéfiants et de présenter le registre d'administration des stupéfiants lors d'un contrôle contrevient à l'article R5132-36 du CSP.³⁵</p> <p>Remarque 30 : L'absence de procédure formalisée d'utilisation du coffre à stupéfiants et du registre d'administration ne respecte pas les bonnes pratiques professionnelles.</p>

³⁵ Article R5132-36 du CSP : « Toute entrée et toute sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites par les personnes mentionnées à l'article R. 5132-76 sur un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique répondant aux conditions suivantes : ...L'inscription ou l'enregistrement des entrées et des sorties se fait à chaque opération, en précisant la date à laquelle il est établi. L'inscription ou l'enregistrement des entrées comporte la désignation et la quantité de stupéfiants reçus et, pour les spécialités pharmaceutiques, leur désignation et les quantités reçues en unités de prise.... »

4. Relations avec l'extérieur

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	4.1.1. <u>Coordination avec les autres secteurs</u>	Non	<p>L'établissement n'a transmis aucune convention avec un établissement de soins pour la prise en charge d'une urgence médicale chez un résident. Les représentants de l'EAM ont indiqué l'absence de convention depuis la délocalisation progressive de leur hôpital de secteur.</p> <p>Écart 33 : L'absence de convention avec un établissement de soins disposant d'un service d'urgence contrevient à l'article D344-5-6 du CASF.³⁶</p>
	4.1.2. <u>Convention avec une pharmacie d'officine</u>		<p>L'établissement dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine [REDACTED]. La convention a été signée [REDACTED].</p> <p>La pharmacie s'est engagée à fournir les médicaments aux résidents sous forme de doses prêtes à administrer avec traçabilité et fourniture d'un plan de traitement ou d'administration.</p> <p>La mission note que la convention ne prévoit pas les modalités de délivrance d'un traitement aigu en urgence, ni les conditions de sollicitation en dehors des heures d'ouverture ou lors des congés, ni que les résidents conservent leur droit de libre choix de leurs professionnels de santé, ni d'implication du pharmacien dans l'analyse pharmaceutique (notamment pour la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse), la tenue à jour du dossier pharmaceutique du résident, la constitution d'une dotation d'urgence, l'échange d'informations, la gestion des risques ...</p> <p>Remarque 31 : La convention passée avec la pharmacie d'officine est sommaire et n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques et à la convention type proposée par l'OMEDIT IDF (structurée en 4 parties : 1° Organisation/permanence des prestations pharmaceutiques, 2° Organisation de la coordination pharmacien officine - équipe soignante ESMS, 3° Tarification, 4° Durée et résiliation de la convention.</p>

³⁶ Article D344-5-6 du CASF : «Pour répondre aux situations nécessitant une intervention d'urgence, les établissements mentionnés à l'article D. 344-5-1 :1° Disposent d'un 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 ; 2° Passent une 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. »

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	Le règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet d'une consultation des instances représentatives du personnel et du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	10
<u>Écart 2 :</u>	Le règlement de fonctionnement ne fait pas état des sanctions des faits de violence sur autrui, ce qui contrevient aux dispositions des articles R311-37 du CASF.	11
<u>Écart 3 :</u>	Le projet d'établissement a été établi sans consultation du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-38-4 du CASF.	11
<u>Écart 4 :</u>	Le plan bleu transmis ne respecte pas toutes les dispositions de l'article R311-38-1 du CASF.	12
<u>Écart 5 :</u>	La fiche de fonction ne fait pas office de DUD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF.	14
<u>Écart 6 :</u>	Les comptes rendus du CVS ne sont pas signés de la présidente, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.	16
<u>Écart 7 :</u>	Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et des événements indésirables affectant l'organisation ou le fonctionnement des EAM et foyer de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.	17
<u>Écart 8 :</u>	L'absence de formation sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques (Article L.119-1 du CASF).	18
<u>Écart 9 :</u>	L'EAM, en ne déclarant pas à l'ARS, l'ensemble des dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ni l'ensemble des événements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.	21
<u>Écart 10 :</u>	La mission constate que l'établissement ne dispose pas d'assistante de service social ni de moniteur éducateur diplômé, ce qui contrevient aux dispositions des articles D344-5-12 et D344-5-13 du Code de l'action sociale et des familles, qui prévoient la présence obligatoire de professionnels sociaux et éducatifs qualifiés pour assurer l'accompagnement global des résidents.	24
<u>Écart 11 :</u>	Le nombre ██████████ et ██████████ ne permet pas à l'établissement de garantir de manière optimale la qualité de la prise en charge des résidents, notamment pour les soins quotidiens et l'accompagnement individualisé, ce qui contrevient à l'alinéa 3° de l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).	25
<u>Écart 12 :</u>	En affectant les agents ██████████ à la prise en charge des soins des résidents la nuit, ces personnels ██████████ ne sont pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 du CASF.	26

Les fiches de poste des [REDACTED] présentent un glissement de tâches formalisé ; [REDACTED]. Or, aucun document relatif à une délégation formelle de cette tâche ni à une formation sur la distribution des médicaments n'a été transmis. En conséquence, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.4311-4 du Code de la santé publique.	26
En outre, [REDACTED] pour cette prise en charge, se retrouvent de fait [REDACTED]. L'établissement contrevient ainsi aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 et aux dispositions de l'article D.451-88 du CASF.	27
<u>Écart 13 :</u> L'absence de traçabilité de la vérification du bulletin de casier judiciaire dans les dossiers administratifs contrevient aux dispositions de l'article L.133-6 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), qui impose aux établissements de vérifier l'honorabilité des personnes qu'ils emploient.	29
<u>Écart 14 :</u> La non-inscription des IDE à l'ordre infirmier contrevient aux dispositions de l'article L.4311-15 du Code de la santé publique (CSP).	29
<u>Écart 15 :</u> L'absence de plan global de formation ne permet pas à la mission de vérifier que l'ensemble du personnel bénéficie d'un développement des compétences adapté aux besoins des résidents et garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge. De ce fait, l'établissement contrevient aux articles D344-5-10, 2° ; L311-1 et L311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).	30
<u>Écart 16 :</u> Les dossiers médicaux et de soins en version "papier" sont conservés dans des armoires et contenants non fermés à clé ce qui contrevient à l'article L1110-4 du CSP.	35
<u>Écart 17 :</u> L'absence de traçabilité des soins en temps réel et de l'évaluation de la douleur contreviennent aux articles L1112-4, R4311-2, R4311-3 du CSP et D344-5-3 du CASF.	35
<u>Écart 18 :</u> Les traitements ne sont pas systématiquement prescrits dans le logiciel de soins, ce qui est facteur de risque d'erreurs lors de la retranscription dans les plans de traitement et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	36
<u>Écart 19 :</u> L'accès libre aux dossiers médicaux et de soins des usagers ainsi que l'absence de codes d'accès au logiciel de soins dédiés pour les professionnels [REDACTED] contreviennent aux articles L1110-4 et R4312-35 du CSP et L311-3 du CASF.	36
<u>Écart 20 :</u> L'absence de traçabilité des bilans et des soins effectués par les kinésithérapeutes contrevient à l'article R4321-2 du CSP.	37
<u>Écart 21 :</u> L'absence de registre des entrées et sorties des résidents côté et paraphé contrevient aux obligations mentionnées aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.	37
<u>Écart 22 :</u> Le système actuel de report des appels malade ne permet pas aux professionnels d'en être informés en temps réel et en tout lieu, et de pouvoir ainsi garantir une réponse adaptée à une urgence et la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	40
<u>Écart 23 :</u> La direction de l'EAM n'a pas établi de procédure précisant les étapes du processus d'admission dont les critères de refus, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du CASF.	42
<u>Écart 24 :</u> Le contrat de séjour n'est pas conforme aux attendus réglementaires, ce qui contrevient aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF.	43
<u>Écart 25 :</u> La procédure d'urgence vitale ou a minima le numéro d'urgence à appeler n'est pas affichée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux bonnes pratiques professionnelles.	49

<u>Écart 26 :</u>	L'absence de matériel et de médicaments permettant de prendre en charge une urgence médicale survenant au sein de l'EAM contrevient aux articles L311-3 et D344-5-6 du CASF.	50
<u>Écart 27 :</u>	L'absence de défibrillateur automatisé externe contrevient à l'article L311-3 du CASF, au décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 et à l'arrêté du 29 octobre 2019.	50
<u>Écart 28 :</u>	L'absence de date et de signature du médecin sur les protocole de soins et d'urgence contrevient aux articles R.4311-7, R.4311-8 et R.4311-14 du CSP.	51
<u>Écart 29 :</u>	L'absence de procédure détaillant le contenu et les modalités de formation et d'habilitation des AS, AES/AMP amenés à aider à la prise des médicaments contrevient à l'article L313-26 du CASF et à l'article R4312-36 du CSP ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'OMEDIT Île de France.	52
<u>Écart 30 :</u>	La conservation des médicaments dans des armoires et chariots non fermés à clé contrevient aux articles R5126-109 et R.4312-39 du CSP.	53
<u>Écart 31 :</u>	L'absence de photographie systématique sur les piluliers ne permet pas de garantir une identitovigilance fiable, notamment par le personnel vacataire, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	53
<u>Écart 32 :</u>	L'impossibilité d'ouvrir le coffre à stupéfiants et de présenter le registre d'administration des stupéfiants lors d'un contrôle contrevient à l'article R5132-36 du CSP.	54
<u>Écart 33 :</u>	L'absence de convention avec un établissement de soins disposant d'un service d'urgence contrevient à l'article D344-5-6 du CASF.	55

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	L'organigramme transmis à la mission n'est pas à jour et ne présente pas les noms des professionnels ni le nombre d'ETP par poste. Il ne permet pas d'identifier le personnel affecté à l'EAM.	12
<u>Remarque 2 :</u>	La continuité de la gestion de l'EAM, tout comme des autres unités, en l'absence du directeur, ne fait pas l'objet d'une procédure et d'une délégation dûment établie.	13
<u>Remarque 3 :</u>	La procédure de l'astreinte-permanence n'est pas formalisée. La mission ne dispose pas en outre, d'élément quant aux modalités de diffusion des listes d'astreinte et quant au niveau de formation des professionnels en charge des astreintes.	13
<u>Remarque 4 :</u>	La mission relève l'absence de réunion de direction (CODIR), ce qui peut fragiliser la continuité de fonctionnement de l'EAM, voire du foyer de vie et du centre d'accueil de jour.	14
<u>Remarque 5 :</u>	La mission s'interroge quant [REDACTED], de personnel paramédical.	15
<u>Remarque 6 :</u>	Les horaires d'ouverture de la structure ainsi que les arrêtés d'autorisation et de dotation globale ne sont pas affichés.	15

<u>Remarque 7 :</u>	Le règlement intérieur du CVS n'est ni approuvé, ni signé.	17
<u>Remarque 8 :</u>	L'analyse de pratiques n'a pas lieu régulièrement, ce qui ne permet pas de prévenir les éventuelles situations de maltraitance.	19
<u>Remarque 9 :</u>	La gestion d'une éventuelle situation de maltraitance n'est pas formalisée.	19
<u>Remarque 10 :</u>	La mission relève l'absence d'enquête annuelle de satisfaction, ce qui ne contribue pas à améliorer la qualité de prise en charge des résidents.	20
<u>Remarque 11 :</u>	Les réclamations ne sont ni suivies ni analysées.	20
<u>Remarque 12 :</u>	La mission relève l'insuffisante connaissance et l'absence de formation des professionnels sur les modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG.	20
<u>Remarque 13 :</u>	L'établissement n'a pas mis en place un suivi, une analyse, de retour d'expérience ainsi qu'un bilan des EI dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.	21
<u>Remarque 14 :</u>	L'absence de convention formalisée avec des professionnels de santé extérieurs () ne permet pas à la mission de vérifier de manière complète les conditions et modalités de leurs interventions, ni les garanties apportées en termes de suivi et de continuité des soins.	29
<u>Remarque 15 :</u>	L'absence de procédure d'accueil des nouveaux professionnels ne permet pas à la mission d'évaluer clairement l'organisation prévue pour leur intégration. Même si certaines actions existent (entretien avec la direction, accompagnement en doublon), elles ne sont pas formalisées.	31
<u>Remarque 16 :</u>	La présence dans le tableau des effectifs transmis par l'établissement, ne permet pas à la mission d'évaluer avec précision la composition réelle et stable de l'équipe éducative.	33
<u>Remarque 17 :</u>	Les fiches de poste ne sont pas actualisées et ne reflètent pas la réalité des pratiques actuelles.	34
<u>Remarque 18 :</u>	La multiplication des supports d'évaluation et de surveillance de la douleur n'incite pas à les utiliser.	36
<u>Remarque 19 :</u>	L'absence de document formalisant le suivi des réparations à effectuer et effectuées ne permet pas d'assurer une traçabilité claire des interventions réalisées.	38
<u>Remarque 20 :</u>	Le système actuel de report ne permet pas de tracer et d'analyser régulièrement les temps de réponse.	41
<u>Remarque 21 :</u>	L'EAM ne dispose pas d'une procédure dûment formalisée en termes d'élaboration et de suivi des PIA, portée à la connaissance de tous les professionnels.	44
<u>Remarque 22 :</u>	La traçabilité des soins d'hygiène corporelle dans le logiciel de soins est très incomplète.	45
<u>Remarque 23 :</u>	La traçabilité des changes est insuffisante.	45
<u>Remarque 24 :</u>	Les documents relatifs aux régimes alimentaires et aux textures modifiées des résidents ne sont pas à jour et suffisamment explicites.	46
<u>Remarque 25 :</u>	L'état nutritionnel de des résidents n'est pas satisfaisant et pas suffisamment suivi.	47

<u>Remarque 26 :</u>	La non-programmation des items devant composer de façon standard un DLU ne garantit pas que le choix fait par l'agent au moment d'une urgence médicale soit le plus efficient.	49
<u>Remarque 27 :</u>	La mission constate l'absence de consignes et de traçabilité de la surveillance de la température (qui doit être comprise entre +2 et +8°C) et de conduite à tenir en cas d'anomalie ainsi que de l'entretien de l'enceinte réfrigérée.	49
<u>Remarque 28 :</u>	L'absence de liste des médicaments constituant le stock de la dotation pour besoins urgents et de traçabilité de la vérification des dates de péremption contrevient aux règles de bonnes pratiques professionnelles.	53
<u>Remarque 29 :</u>	L'absence de traçabilité en temps réel de l'administration des médicaments ne respecte pas les bonnes pratiques et pourrait générer une perte d'information sur la prise en charge des résidents.	54
<u>Remarque 30 :</u>	L'absence de procédure formalisée d'utilisation du coffre à stupéfiants et du registre d'administration ne respecte pas les bonnes pratiques professionnelles.	54
<u>Remarque 31 :</u>	La convention passée avec la pharmacie d'officine est sommaire et n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques et à la convention type proposée par l'OMEDIT IDF (structurée en 4 parties : 1° Organisation/permanence des prestations pharmaceutiques, 2° Organisation de la coordination pharmacien officine - équipe soignante ESMS, 3° Tarification, 4° Durée et résiliation de la convention.	55

6. Conclusion

L'inspection de l'établissement d'accueil médicalisé (EAM) « Joie de Créer », géré par l'association « Atelier-Club Joie de Créer » a été réalisée le 12 août 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi que des dysfonctionnements importants notamment dans les domaines suivants (les principaux écarts et remarques étant précisés dans la synthèse en début de rapport) :

Thèmes et sous-Thèmes IGAS	Points forts	Points à améliorer
1. Gouvernance		
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	Autorisation en cours de validité ; Occupation de toutes les places.	
1.2 Management et stratégie :	Outils de la loi 2002-2 communs en cours de validité.	Plan bleu ; Continuité de direction.
1.3 Animation et fonctionnement des instances	Conseil de la vie sociale installé.	Dysfonctionnements et événements indésirables.
1.4 Gestion de la qualité	Politique de bientraitance engagée.	Formation ; Gestion des éventuelles situations de maltraitance ;
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Démarche de qualité amorcée.	Enquêtes de satisfaction ; Réclamations/ plaintes ; Événements indésirables et événements indésirables graves.
2. Management et stratégie		
2.1 Gestion des RH	Investissement des cadres socio-éducatifs.	Equipe pluridisciplinaire ; Qualification et diplôme des professionnels ; Glissement de tâches.
2.3 Gestion d'information	Dossiers médicaux régulièrement mis à jour ; Plans de soins individualisés.	Registre des entrées et des sorties ; Traçabilité des actes ; bilans et soins kinés ; Douleur ; Accès aux données médicales.
2.4 Bâtiments et espaces extérieurs	Locaux adaptés, entretenus et sécurisés.	
2.4 Locaux et équipements	Chambres médicalisées, équipées de rails de transfert.	
2.5 Sécurité	Système d'appel malade.	Réponse aux appels ; Traçabilité et analyse.
3. Prises en charge		
3.1 Organisation de la prise en charge		Procédure d'admission ; Contrat de séjour.
3.2 Les projets d'accompagnement individualisés	PAI pour chaque résident. Association des familles.	Elaboration et suivi.
3.3 Vie sociale et relationnelle	Respect de l'intimité.	
3.4 Hébergement et internat	Programmation quotidienne du suivi de l'hygiène et des changes.	Traçabilité.


3.5 Alimentation	Suivi de l'état nutritionnel.	Etat nutritionnel des résidents.
3.6 Champ de l'éducation : : L'accompagnement éducatif	Activités adaptées aux capacités des résidents.	
3.7 Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	Coordination des soins ; Missions assurées par les trois médecins salariés.	Dossier de liaison d'urgence ; Enceinte réfrigérée ; Chariot ou sac d'urgence ; Défibrillateur automatisé externe ; Protocoles et procédures de soins.
3.8 Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	Procédures existantes ; Piluliers préparés par la pharmacie ; Coffre à stupéfiants.	Formation et habilitation pour l'aide à la prise de médicaments. Conservation des médicaments ; identitovigilance ; traçabilité en temps réel. Ouverture et registre d'administration ; procédure d'utilisation.
4. Relations avec l'extérieur		
4.1 Coordination avec les autres secteurs	Convention avec une pharmacie.	Partenariat avec un établissement de soins.

La mission recommande vivement à l'établissement d'engager des actions d'amélioration de l'organisation, du fonctionnement, ainsi que de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents qui seront à mettre en œuvre par le directeur aidé de ses adjoints.

Saint-Denis, le 28 octobre 2025



 Inspectrice de l'action
 Sanitaire et sociale
 Coordonnatrice



 Inspecteur de l'action
 Sanitaire et sociale



 Référente qualité
 Programmation



 Programmation

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES	Accompagnant éducatif et social
AFGSU	Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS IDF	Agence régionale de santé Ile-de-France
AVS	Auxiliaires de vie sociale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDS	Contrat de séjour
CNO	Complément nutritif oral
CODIR	Comité de direction
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREX	Comité de retour d'expérience
CRPA	Code des relations entre le public et l'administration
CSP	Code de la santé publique
CVS	Conseil de la vie sociale
DAE	Défibrillateur automatique externe
DASRI	Déchets d'activité de soins à risques infectieux
DEAS	Diplôme d'Etat d'aide-soignant
DIPC	Document individuel de prise en charge
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DM	Dispositifs médicaux
DUD	Document unique de délégation
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
EAM	Etablissement d'accueil médicalisé
EI	Événement indésirable
EIGS	Événement indésirable grave lié aux soins
ERP	Etablissement recevant du public
ES	Educateur spécialisé
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Equivalent temps plein
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut-comité de santé publique
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
IMC	Indice de masse corporelle
IRP	Instances représentatives du personnel
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
ME	Moniteur éducateur
MPR	Médecine physique et de réadaptation
OMéDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ONIC	Orientation nationale d'inspection contrôle
ORL	Otorhinolaryngologiste

PACQ	Plan d'amélioration continue de la qualité
PAG	Plan d'accompagnement global
PDA	Préparation des doses à administrer
PE	Projet d'établissement
PEC	Prise en charge
PECM	Prise en charge médicamenteuse
PH	Personne porteuse d'un handicap
PIA	Projet individualisé d'accompagnement
PMR	Personnes à mobilité réduite
PRIC	Programme régional d'inspection et de contrôle
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RDF/RF	Règlement de fonctionnement
RH	Ressources humaines

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Conseil départemental
de l'Essonne

Affaire suivie par : [REDACTED]
Téléphone [REDACTED]
Référence : SIICEA 2025_IDF_00095



Saint-Denis, le 4 août 2025

Objet : Lettre de mission d'inspection – Etablissement d'accueil médicalisé (EAM) « Joie de Créer » sis 85 bis rue des Rossays à Savigny-sur-Orge (91600)

Mesdames, Messieurs,

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 sont en capacité de satisfaire aux buts d'action sociale que leur fixe la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, et notamment de promouvoir l'autonomie et la protection des personnes (articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF), de respecter les droits et libertés individuels et garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité des résidents et/ou usagers (article 311-3 du CASF).

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

L'EAM « Joie de Créer » situé à Savigny-sur-Orge (N°FINESS géographique 910019207) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

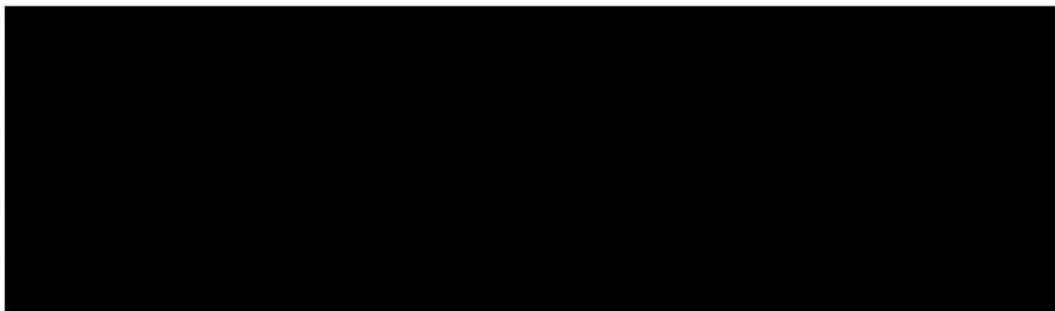
Aussi, nous vous demandons de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, portant sur les thématiques suivantes :

- La prévention et la lutte contre les maltraitances ;
- La gouvernance ;
- La gestion des ressources humaines ;
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ;
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents ;
- Les relations partenariales de l'établissement.

La mission débutera à compter du 12 août 2025 à 9 heures et sera assurée par :

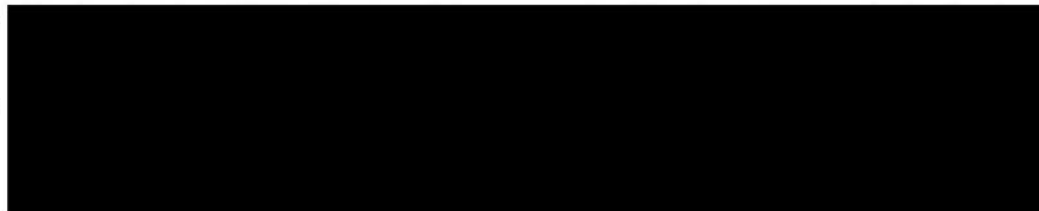
- Pour l'ARS :

- o
- o
- o
- o
- o



- Pour le Conseil départemental de l'Essonne :

- o
- o



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))

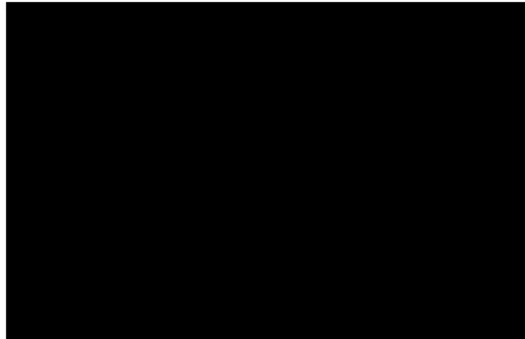
Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP et L.133-2 du CASF s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que l'équipe de la mission jugera utile de rencontrer.

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.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames et Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.



Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés



Mardi 12 août 2025
EAM « Joie de Créer » Savigny-sur-Orge
Liste des documents demandés

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé	Mode de transmission	Remis O/N
A	Liste nominative des usagers présents au jour de l'inspection avec leurs nom, date de naissance, âge, date d'entrée, département d'origine, unité, régime de protection juridique, notification MDPH, numéro de chambre si hébergement (si possible format EXCEL et PDF) ;		Oui
B	Liste nominative de l'ensemble des professionnels intervenant au sein de l'EAM (précisant le statut titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leurs qualifications, fonctions, quotité de temps de travail, affectations, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et PDF)		Oui
C	Un plan des locaux		Oui
D	Organigramme actualisé et nominatif de l'EAM		Oui
E	Listing nominatif des professionnels présents le jour de l'inspection avec leurs fonctions, dont vacataires (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations)		Oui
F	Planning d'activités de la semaine		Oui
G	Liste actualisée des résidents bénéficiant de régimes et textures spécifiques + liste des usagers avec CNO		Oui

Documents demandés pour une consultation sur place :

Nature du document consulté	Consultation sur place	Commentaires
1. Dossiers administratifs des usagers (à sélectionner), dont contrat de séjour et PAP	Oui	
2. Dossiers administratifs des professionnels (à sélectionner) : CDI, CDD, vacataires	Oui pour CDI ; non pour CDD	Envoi dossiers de professionnels en CDD
3. Nombre d'intérimaires et proportion par rapport à l'effectif total pour les mois de juin et juillet 2025 et début août 25		Pas de recours à l'intérim
4. Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Non	Registre n'existe pas ; suivi informatisé
5. Registre des présences quotidiennes		Suivi informatisé
6. Registre/fichier de recueil : a) des réclamations et des doléances des usagers et des familles ; b) des événements indésirables ;	Non	Pas de registre
7. Conventions partenariales ;	Non	Documents transmis

1

8. Registre de sécurité et dernier PV de la commission de sécurité-incendie ;	Oui	
---	-----	--

Documents demandés à déposer en respectant la numérotation, sur la plateforme Bluefiles, sous le lien suivant, au plus tard le vendredi 22 août 2025, à l'attention de Sophie PASQUIER :
<https://bit.ly/3AjVMOx>

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
9	Copie du diplôme et du contrat de travail de : *directeur, *adjoint de direction, *médecin, *IDE	Bluefiles	Oui	
10	Fiche de poste et/ou lettre de mission de : *directeur, *adjoint de direction, *médecin, *IDE	Bluefiles	Oui	
11	Document unique de délégation du directeur (DUD)	Bluefiles	Oui	
12	Délégations et subdélégations du directeur aux cadres/salariés	Bluefiles	Non	
13	Projet d'établissement de l'EAM comprenant le projet de soins	Bluefiles	Oui	
14	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EAM, pour les mois de juin et juillet 2025	Bluefiles	Oui	
15	Maquettes organisationnelles de l'équipe de jour et de nuit précisant le nombre de soignants, de professionnels paramédicaux et éducatifs, attendus par jour et par nuit, par étage et par catégorie professionnelle, avec type de contrat (CDD, CDI ou intérimaire).	Bluefiles	Oui	
16	Copie des diplômes, contrats et fiches de poste de l'ensemble du personnel de l'EAM	Bluefiles	Oui	
17	Tableau de l'état des ETP budgétés et des ETP réels en poste (<i>tableau Excel</i> et PDF)	Bluefiles	Oui	
18	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel et la liste des personnes à contacter	Bluefiles	Oui	
19	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Bluefiles	Non	
20	Calendrier des astreintes administratives et techniques depuis janvier 2025 et procédure mise en œuvre	Bluefiles	Oui	
21	Planning des CODIR pour l'année 2025 et comptes rendus réalisés (mois de juin et juillet)	Bluefiles	Non	Pas de CODIR
22	Livret d'accueil du nouvel arrivant professionnel	Bluefiles	Oui	
23	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur	Bluefiles	Oui	

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
24	Registre unique du personnel (format Excel) : CDI, CDD, stagiaires avec historique des entrées et sorties.	Bluefiles	Oui	
25	DUERP	Bluefiles	Oui	
26	Planning mensuel (nominatif et fonction) de tous les professionnels jour/nuit pour les mois de juin à juillet 2025, avec légende des sigles utilisés. Plus planning prévisionnel sur le mois août, en format Excel non verrouillé.	Bluefiles	Oui	
27	Plan de formation réalisé 2024 et prévisionnel 2025, copie des attestations des formations suivies en 2024 et 2025 et liste des agents en cours de formation qualifiante (dont VAE)	Bluefiles	Oui	
28	Fiches de tâches heurées des IDE, AS et AMP de jour et de nuit	Bluefiles	Non	Pas de fiche de tâches heurées
29	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Bluefiles	Non	Pas de stagiaire présent
30	Offres d'emploi actuelles Taux d'absentéisme sur les trois dernières années Taux de rotation sur les trois dernières années	Bluefiles	Oui	
31	Protocoles temps de transmission Procédure d'affectation par unité ou secteur et fréquence de rotation interne	Bluefiles	Oui	
32	Comptes rendus CSE 2024-2025 Tableau des professionnels associatifs intervenant au sein de l'établissement Bilan social	Bluefiles	Oui	
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance				
33	Règlement de fonctionnement	Bluefiles	Oui	
34	Contrat de séjour vierge	Bluefiles	Oui	
35	Rapports d'activité 2023 et 2024	Bluefiles	Oui	
36	Procédure relative à l'élaboration d'un PAP	Bluefiles	Oui	
37	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PAP	Bluefiles	Oui	
38	Fiche support de déclaration des EI	Bluefiles	Oui	
39	Procédure de gestion et de suivi des événements indésirables	Bluefiles	Oui	
40	Extraction/copie du registre d'enregistrement sur les années 2023, 2024 et 2025, des EI-EIG, EIAS, avec les plans d'actions correctives mises en œuvre et le cas échéant, leur déclaration aux autorités de contrôle (ARS-CD)	Bluefiles	Non	
41	Copie des comptes rendus des RETEX-CREX réalisés depuis janvier 2024	Bluefiles	Oui	Bilan inondations octobre 2024
42	Politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance- supports et documents	Bluefiles	Oui	
43	Liste et coordonnées des membres du CVS et PV de la dernière élection	Bluefiles	Oui	
44	Livret d'accueil des usagers	Bluefiles	Oui	
45	Règlement de fonctionnement du CVS, comptes rendus des réunions du CVS des années 2024 et 2025, et planning des réunions pour 2025	Bluefiles	Oui	
46	Plan Bleu actualisé	Bluefiles	Oui	

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
47	Bilans de l'analyse des questionnaires de satisfaction 2023 et 2024	Bluefiles	Oui	
48	Planning des activités sur les trois derniers mois et comptes-rendus des deux dernières commission animation.	Bluefiles	Oui	
49	Les deux derniers comptes-rendus de la commission menu	Bluefiles	Oui	
50	Procédure ou documents relatifs à l'information à la vie sexuelle et affective Procédure d'organisation des sorties extérieures Procédure d'utilisation de la salle d'apaisement Document présentant les personnes qualifiées du département	Bluefiles	Oui	
51	Conventions avec les transporteurs	Bluefiles	Non	Convention avec PAM et propres véhicules
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge des résidents				
52	Liste des chambres équipées de rails lève-personne	Bluefiles	Oui	
53	Inventaire du matériel de levage/pesage	Bluefiles	Oui	
54	Comptes rendus des réunions des équipes soignants-médecin du premier semestre 2025	Bluefiles	Oui	
55	Procédure de traçabilité d'administration des médicaments	Bluefiles	Non	
56	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés/ liste des médicaments écrasés	Bluefiles	Oui	
57	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	Bluefiles	Oui	
58	Livret thérapeutique ou liste des médicaments préférentiels disponibles à la MAS	Bluefiles	Non	
59	Tableau anonymisé des poids, des IMC et des résultats d'albuminémie pour tous les résidents	Bluefiles	Oui	
60	Copie des comptes rendus de réunion avec le pharmacien d'officine et/ou d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	Bluefiles	Oui	Convention avec une pharmacie
61	Liste nominative indiquant le médecin traitant de chaque résident	Bluefiles	Oui	
62	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant à l'EAM	Bluefiles	Non	
63	Conventions avec les structures extérieures au titre de la continuité des soins : -Etablissement de santé avec service d'urgences -HAD -Douleur -services de psychiatrie -Réseaux de soins palliatifs.	Bluefiles	Non	Pas de convention signée avec un établissement de santé ; pour les soins palliatifs, appel à l'association NEPALE- sans convention.
64	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et transmission des protocoles suivants : : *préadmission et admission à l'EAM,	Bluefiles	Oui	

N°	Nature du document demandé	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
	*chute, *douleur, *pansements, *soins palliatifs, fin de vie, *dénutrition, *fausse route, *déshydratation, *procédure d'évaluation et de suivi des plaies et escarres, *contentions			
65	Protocole de gestion des urgences médicales vitales	Bluefiles	Oui	
66	Protocole gestion des DASRI	Bluefiles	Oui	
67	Convention avec prestataire pour enlèvement et traitement des DASRI	Bluefiles	Oui	
68	Bilan des chutes pour 2024 et récapitulatif pour le premier trimestre 2025	Bluefiles	Non	Pas de chute en 2024 et début 2025
69	Vaccination antigrippale= nombre de vaccins achetés, nombre/ taux de résidents vaccinés, nombre/ taux de personnels vaccinés	Bluefiles	Oui	

Rappel réglementaire :

Article L1421-3 code de la santé publique, **Version en vigueur depuis le 28 décembre 2019**
Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 64 (V)

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

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

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

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

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

- Le directeur
- La cheffe de service
- La coordonnatrice remplaçante
- Une référente qualité
- La comptable
- Le médecin
- Un IDE
- La psychologue
- Les éducateurs
- Un AMP
- Des AES
- Des veilleurs de nuit
- La présidente du CVS
- Une cuisinière
- Une lingère



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr