

Cabinet du Directeur général de l'ARS

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Délégation départementale des Yvelines

Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Conseil départemental des Yvelines

Établissement d'accueil médicalisé
interdépartemental Patrick Devedjian
Fondation les Amis de l'Atelier

1 rue Baptiste Marcet - 78130 LES MUREAUX
N° FINESS : 780028312

RAPPORT D'INSPECTION
n° SI-ICEA : 2025_IDF_00010
Contrôle sur place le 13/02/2025

Mission conduite par

- Monsieur Renaud MIGUET-ANDREI, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du Code de la santé publique et coordonnateur de la mission,
- Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, ARS Île-de-France
- Monsieur Vincent HAZEBROUCQ, médecin inspecteur de santé publique, Inspection régionale autonomie santé, ARS Île-de-France
- Madame Valérie BAZIN chargée de mission, Délégation départementale des Yvelines

Pour le Conseil Départemental des Haut de Seine :

- -Madame Auriane YOU, chargé de contractualisation, tarification et contrôle des établissements et services médico-sociaux, Conseil départemental des Hauts de Seine

Pour le Conseil Départemental des Yvelines :

- Madame Carole DATTIN, Chargée d'inspection, Service d'inspection des ESSMS Autonomie, Pôle Inspection des ESSMS

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques depositaires 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	11
1.2. Management et Stratégie	13
1.3. Animation et fonctionnement des instances	34
1.4. Gestion de la qualité	35
1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	45
2. Fonctions support	48
2.1. Gestion des ressources humaines	48
2.2. Gestion d'information	64
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	68
2.4. Locaux et équipements	69
2.5. Sécurités	72
3. Prises en charge	75
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	76
3.2. Les projets individualisés d'accompagnements	83
3.3. Respect des droits des personnes	86
3.4. Vie sociale et relationnelle	87
3.5. Vie quotidienne	90
3.6. L'hébergement, internat	92
3.7. L'alimentation	93
3.8. La dispensation des soins - Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	95
4. Relations avec l'extérieur	99
4.1. Environnement	99
4.2. Coordination avec les acteurs de soins	99
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	101
5.1. Écarts	101
5.2. Remarques	102
6. Conclusion	106
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	107
8. Annexes	109
Annexe 1 Lettre d'information de l'établissement sur le contrôle	109
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	111
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	115

SYNTHESE

Le contrôle sur place inopiné du FAM interdépartemental Patrick Devedjian, géré par la Fondation des Amis de l'Ateliers a été réalisé le 13 février 2025 à partir des réponses apportées, des entretiens menés et des documents transmis par l'établissement.

La mission a relevé des dysfonctionnements [REDACTED] concernant notamment les domaines suivants :

- Les modalités et l'organisation des prises en charge des personnes accueillies ;

C'est un FAM sans le soin. Il n'y a pas de médecin généraliste, pas de psychiatre, et ce depuis son ouverture.

- Le management et la gestion des ressources humaines.

Depuis sa création, le FAM a connu [REDACTED] Lors de notre inspection étaient présentes deux directions de transition : une directrice, [REDACTED], et un directeur chargé de l'activité et de la relation avec les partenaires.

La mission a constaté que, sur une équipe de cadres intermédiaires qui budgétairement est composée de [REDACTED] cadres, seuls [REDACTED] étaient présents, [REDACTED] étaient en arrêt et [REDACTED] en cours de recrutement.

De plus, le turn-over est important et les professionnels sont peu formés, voire pas formés.

- La gouvernance.

Les procédures émanant du siège concernant la gestion de la qualité ne trouvent pas leur traduction dans le fonctionnement quotidien de l'établissement.

La transmission des informations concernant la gestion des risques, des crises et des événements indésirables manque de fiabilité.

Les éléments de synthèses sont développés et traités dans le présent rapport.

La situation de cet établissement amène à s'interroger sur le modèle choisi.

Éléments déclencheurs de la mission

L'inspection de l'Établissement d'accueil médicalisé -EAM- (anciennement dénommé foyer d'accueil médicalisé ou FAM, terminologie qui sera utilisée pour la suite du présent rapport puisque c'est celle de l'établissement) « interdépartemental Patrick Devedjian » –, située 1 rue Baptiste Marcet - 78130 LES MUREAUX, géré par la fondation « Les Amis de l'Atelier » a été inscrite au Programme Régional d'Inspection et de Contrôle 2025 sur proposition de la Délégation départementale des Yvelines et des Hauts de Seine.

L'absence de réponse du FAM aux sollicitations des 2 Délégations Départementales et des 2 Conseils Départementaux sur ses modalités de fonctionnement avec un taux d'activité très faible [REDACTED] ainsi que de multiples réclamations de familles (articles dans la presse, grève de la faim) sur la qualité des prises en charge et le management [REDACTED] laissent craindre une dégradation de la qualité d'accueil et des prises en charge au sein de l'établissement.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et les Conseils Départementaux des Hauts-de-Seine et des Yvelines.

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

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation ;
 - Management et stratégie ;
 - Animation et fonctionnement des instances ;
 - Gestion de la qualité ;
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables.
- Fonctions support
 - Gestion des RH.
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge ;
 - Respect du droit des personnes ;
 - Vie sociale et relationnelle ;
 - Vie quotidienne et hébergement.
- Prise en charge Soins
 - La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents.
- Relations avec l'extérieur
 - L'environnement ;
 - Coordination avec les autres secteurs.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

La mission a constaté, en outre, des écarts et des remarques inquiétantes :

- Une instabilité managériale depuis la création du FAM ;
- Une organisation non définie [REDACTED] ;
- Une absence de médecin psychiatre et médecin généraliste qui impacte fortement la prise en charge des personnes accueillies atteintes de troubles psychiatriques ou de TAS
- Absence de projet de soins
- Un turn-over de salarié important
- Une insuffisance de professionnel qualifié et une méconnaissance des salariés des problématiques liées à la spécificité de la population accueillie ;

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Le Programme National d'Inspection et de Contrôle (PRIC) « 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 pour 2025. Il s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ».

L'établissement a été inscrit dans la programmation 2025 en raison :

- De son absence de réponse aux questions sur son fonctionnement adressées par les délégations départementales et les Conseils départementaux des Yvelines et des Hauts-de-Seine ;
- Du nombre de réclamations de familles ;
- De son niveau d'activité inférieur à son autorisation, liée à l'insuffisance de personnels.

Modalités de mise en œuvre

L'inspection de cet établissement a été inscrite au programme régional d'inspection 2025 sur proposition de la Délégation départementale des Hauts de Seine, des Yvelines, ainsi que des conseils départementaux des Hauts de Seine et des Yvelines

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

La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en annexe 2.

Présentation de l'établissement inspecté :

Document 1.

**EAM interdépartemental « Patrick Devedjian »
de Bècheville**

L'établissement dont la raison sociale est un
EAM



Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Fondation des Amis de l'Atelier -FAA-
Adresse de l'organisme :	17 rue de l'Égalité
Complément :	
Code postal et Ville :	92290 CHATENAY-MALABRY
Courriel :	[REDACTED]
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	[REDACTED]
Site internet	https://www.fondation-amisdelatelier.org/
Nombre d'ESSMS gérés	[REDACTED]

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	1, rue Baptiste Marcet
Complément :	
Code postal et Ville :	78130 LES MUREAUX
Courriel :	
Téléphone fixe :	[REDACTED]
Téléphone portable :	

Type de structure	
Type d'établissement / service :	Établissement d'accueil médicalisé
Date d'ouverture :	2022
Numéro FINESS :	[REDACTED] 780028312 [REDACTED]
Statut juridique de l'entité juridique	Arrêté conjoint n°2018-52 et n°2018-PSMS-46 du 28 février 2018 portant autorisation de création d'une plateforme interdépartemental FAM et SASMSA
Option tarifaire :	
Date du CPOM (mm/aaaa) :	[REDACTED]
Présence d'une PUI ¹ :	Non

¹ PUI : Pharmacie à usage intérieur

Le FAM dispose de la capacité totale autorisée suivante : ■■ places permettant d'accueillir des personnes avec troubles psychiques, et des personnes avec Troubles du Spectre Autistique (TSA).

- Pour la partie Troubles psychiques : ■■ places d'hébergement à temps complet, ■■ places d'hébergement d'accueil modulable, séquentiel ou temporaire, et ■■ places d'externat.
- Pour la partie Troubles du Spectre Autistique : ■■ places d'hébergement à temps complet, ■■ places d'hébergement d'accueil modulable, séquentiel ou temporaire, ■■ places d'externat et ■■ places d'hébergement en Unité Renforcée d'Accueil de Transition (URAT).

Soit au total : Internat : ■■ places dont ■■ places d'accueil modulable, séquentiel ou temporaire Externat : ■■ places URAT : ■■ places

Le budget de fonctionnement ERRD de 2023 est de ■■■■■■■■■■€

Le CPOM signé le ■■■■■■■■■■ est en cours de renouvellement. Ses principaux objectifs concernant le FAM sont :

Coconstruire les partenariats avec le secteur sanitaire ■■■■■■■■■■

Dans le cadre des admissions au FAM : accueillir des usagers originaires du département des Yvelines ou des Hauts-de-Seine en veillant à maintenir une répartition à parts égales des personnes accompagnées ;

Faire un bilan d'étape deux fois par an sur le fonctionnement de l'unité renforcée ■■■■■■■■■■

Optimiser l'activité :

- Pour le CD 78, les taux d'occupation attendus hors montée en charge sont :
 - Internat et accueil de jour >= ■■■■
 - Accueil temporaire ■■■■
 - Unité renforcée >= ■■■■
- Pour l'ARS :
 - Activité plancher = ■■■■■■■■■■ r l'internat et l'accueil de jour
 - Accueil temporaire >= ■■■■
 - Accueil d'usagers ayant un PAG >= ■■■■

Il est également précisé dans le tableau du CPOM, la programmation sur ■■■■■■■■■■, des évaluations du projet d'établissement incluant le projet de soins. Le projet d'établissement n'est toujours pas terminé, ni le projet de soins.

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

Le jour de l'inspection, la mission est arrivée sur site à 8h30 et a été accueillie par le directeur adjoint de transition chargé de l'activité.

Les 2 cheffes de service se sont présentées à [REDACTED] à la suite de l'appel dudit directeur.

La directrice de transition en poste n'est arrivée que vers midi. Elle n'est présente que [REDACTED] au sein de l'établissement. Elle habite à plus de 45 mn du FAM et ne peut donc pas participer aux astreintes.

La cadre de santé, qui était en repos, s'est rendue disponible en venant au FAM.

À la date de l'inspection, la mission constate que l'établissement, ouvert depuis octobre 2021, en est à sa [REDACTED] direction différente, sa [REDACTED] direction de transition.

Par ailleurs, la mission observe que le fonctionnement du FAM, organisé en deux pôles - Pôle troubles psychiques et Pôle TSA, s'apparente davantage au fonctionnement de deux établissements distincts, avec deux équipes qui travaillent isolément, chacune dans une aile du bâtiment.

L'absence de médecin et ce depuis [REDACTED], témoigne pour la mission, d'une insuffisance managériale sérieuse. En effet, tant la Fondation des Amis de l'Atelier (FAA), bien qu'ayant un siège qui a pour objectif d'être un appui aux établissements, que les directions successives du FAM n'ont remédié à cette situation particulièrement préjudiciable aux usagers et n'ont pas conditionné les admissions à cette exigence de présence médicale.

De plus, au-delà de l'absence de médecin, qui accentue les risques d'une prise en charge parcellaire en désaccord avec la réglementation en vigueur, la place du soin et du médical n'est pas clairement lisible ni cohérente avec le niveau de complexité du handicap des personnes accueillies.

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>Le régime juridique de la structure</u> Le statut juridique de la structure est-il conforme ?	Oui	Le FAM Interdépartemental de Bécheville - Patrick Devedjian est un ESMS au sens de l'article L.312-1 (7°) du CASF ² .
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>L'autorisation</u> L'autorisation est-elle en cours de validité ?	Oui	L'autorisation de création du FAM a été délivrée par l'arrêté conjoint n°2018-52 et n°2018-PSMS-46 du 28 février 2018 portant autorisation de création d'une plateforme interdépartementale composée d'un Établissement d'Accueil Médicalisé (EAM, anciennement dénommé foyer d'accueil médicalisé ou FAM,), d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour adultes handicapés (SAMSAH) et de deux Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) pour personnes présentant des troubles de l'autisme et présentant un handicap psychique. Selon l'article L.313-1 du CASF ³ , cette autorisation est en cours de validité.
	L'autorisation de la structure est-elle respectée ?	Partiellement	La capacité totale autorisée est de ■■■ places, répartie de la façon suivante : <u>Pour la partie Troubles Psychiques (TP)</u> ■■■ d'hébergement à temps complet, ■■■ places d'hébergement d'accueil modulable, séquentiel ou temporaire, et ■■■ places d'externat.

² Article L.312-1 (7°) du CASF : I.-Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après [...] 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

³ Article L.313-1 du CASF : I.-Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est notamment subordonné aux résultats des évaluations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 312-8, dans des conditions définies par décret.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. <u>La population accueillie</u>		<p>Pour la partie <u>Troubles du Spectre Autistique (TSA)</u> : ■ places d'hébergement à temps complet, 4 places d'hébergement d'accueil modulable, séquentiel ou temporaire, ■ places d'externat et ■ places d'hébergement en unité renforcée d'accueil de transition (URAT).</p> <p>Soit au total : Internat : ■ places dont ■ places d'accueil modulable, séquentiel ou temporaire Externat : ■ places URAT : ■ places</p> <p>Dans la liste des personnes accompagnées au 13/02/2025 transmise à la mission par l'établissement, ■ personnes sont accueillies sur l'accueil de jour TSA, ■ de plus que les places autorisées. La possibilité d'un fonctionnement en file active de l'accueil de jour TSA n'est mentionnée dans aucun document transmis à la mission.</p> <div style="border: 1px solid blue; background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 1 : Le fonctionnement de l'accueil de jour du pôle TSA ne correspond pas à l'autorisation.</p> </div> <p>Selon les données d'activité transmises aux Conseils Départementaux des Yvelines et des Hauts-de-Seine le ■ places étaient occupées au ■, soit un taux d'occupation globale ■.</p> <p>Pour le pôle « Troubles psychiques » : ■ places étaient occupées, soit un taux d'occupation de ■.</p> <p>Pour le pôle TSA : ■ places étaient occupées, soit un taux d'occupation de ■.</p> <p>Au jour de l'inspection, ■ places sont occupées, soit un taux d'occupation de ■. La répartition entre les unités Troubles Psychiques et Troubles du Spectre Autistique est la même qu'au 31 décembre 2024.</p> <p>Les places d'URAT sont inoccupées.</p> <p>Depuis sa création, le FAM n'a pas réussi à garantir un taux d'activité de ■ comme exigé lors de sa création par les organismes financeurs et inscrit au CPOM.</p> <p>Cependant, la mission s'interroge quant à la pertinence de continuer à accueillir des personnes en l'absence de médecin au sein de l'établissement. En effet, les risques pour les personnes accueillies de ne pas pouvoir bénéficier d'une qualité de prise en charge sont importants, avec un risque de mise en danger des usagers et des</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			salariés. Garantir la qualité la bienveillance et la qualité des soins en cours, apparaissent à la mission comme une priorité.
	La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ?	Oui	La population accueillie est conforme à l'autorisation du 28 février 2018, suivant l'article D. 312-0-3 (1.-2° et 3°) du CASF ⁴ . Les personnes accueillies présentent une "situation complexe de handicap" telle que définie aux articles D. 344-5-1 et D. 344-5-2 du CASF ⁵ .
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. Le CPOM <i>Un CPOM est-il en cours de validité ?</i>	Oui	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de la Fondation « les Amis de l'Atelier (FAA) », signé le 13 mars 2022, intègre le FAM interdépartemental de Bécheville Patrick Devedjian dans son périmètre. Conclu pour les exercices ouverts du 1 ^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2026, il est donc en cours de validité, au sens de l'article L. 313-11 du CASF.

1.2. Management et Stratégie

Malgré la multitude d'équipes de direction successives, l'établissement n'a pas actualisé son projet d'établissement.

Les différents organigrammes proposés sont partiels avec cependant un point commun : **la place du soin et du médical dans l'organisation n'est pas clairement lisible ni cohérente avec le niveau de complexité du handicap des personnes accueillies**. Lors des entretiens menés, il a été précisé que le soin n'était pas une priorité, ce qui

⁴ Article D312-0-3 (1.-2° et 3°) du CASF : L'autorisation des établissements et services mentionnés respectivement aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 est délivrée, soit au titre de l'accompagnement de l'ensemble des publics concernés par celle de ces dispositions dont ils relèvent, soit au titre d'une spécialisation dans l'accompagnement d'un ou plusieurs des publics suivants : [...] 2° Personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme ; 3° Personnes présentant un handicap psychique ;

⁵ Articles D344-5-1 et D344-5-2 du CASF : Les dispositions de la présente section sont applicables [...] aux foyers d'accueil médicalisé [...] mentionnés au 7° de l'article L. 312-1, lorsqu'ils accueillent ou accompagnent des personnes handicapées adultes mentionnées à l'article L. 344-1-1. Ces personnes présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu.

Ces besoins sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées, dans les conditions fixées à l'article R. 146-28.

démontre une méconnaissance de la direction des spécificités et des besoins de la population accueillie, en plus d'une absence de respect des exigences réglementaires d'un EAM.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u></p> <p>Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?</p>	Partiellement	<p>Le règlement de fonctionnement (RF) communiqué, au format Word, à la mission d'inspection est celui transmis le [REDACTED] aux autorités de tarification dans le cadre de la visite de conformité précédant l'ouverture de l'établissement.</p> <p>Le sommaire n'est pas cohérent avec le contenu du document :</p> <p>- Incohérences dans certains titres :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Le RF répond sur le fond aux exigences réglementaires.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Date-t-il de moins de 5 ans ?	Oui	<p data-bbox="1205 268 2114 341">Remarque 2 : Le règlement de fonctionnement présente des incohérences sur la forme.</p> <p data-bbox="1196 450 2114 481">Le RF est daté de 2021. Lors des entretiens, il a été indiqué que cette version restait en vigueur.</p> <p data-bbox="1196 481 2114 539">[REDACTED]</p>
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?	Non	<p data-bbox="1196 555 2114 587">La date de présentation au CVS n'est pas mentionnée dans le document [REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 587 2114 644">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 660 2114 692">Mais aucun document fourni à la mission ne confirme la présentation en CVS.</p> <p data-bbox="1196 708 2114 740">Dans le procès-verbal de la visite de conformité daté du 12 octobre 2021, il avait été noté [REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 740 2114 798">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 842 2114 906">Écart 1 : Le règlement de fonctionnement en vigueur n'a pas été soumis au CVS. Cela contrevient à l'article L311-7 du CASF6.</p>
	Est-il remis aux usagers et professionnels ?	Oui	<p data-bbox="1196 928 2114 986">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 986 2114 1043">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 1043 2114 1101">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 1101 2114 1158">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1196 1158 2114 1216">[REDACTED]</p>

⁶ Article L311-7, CASF : "Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation".

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Est-il affiché dans l'établissement ?	Oui	La transmission du document a été confirmée lors des entretiens. Le RF est affiché dans le hall d'accueil de l'établissement.
	Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ; 	Partiellement	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>la Charte n'a pas été transmise à la mission d'inspection.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Remarque 3 : Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement présentées dans le règlement de fonctionnement sont incomplètes. </div>
	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ; 	Oui	<div style="background-color: black; height: 100px; width: 100%;"></div>
	<ul style="list-style-type: none"> - Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ; 	Oui	<div style="background-color: black; height: 30px; width: 100%;"></div>
	<ul style="list-style-type: none"> - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; 	Oui	<div style="background-color: black; height: 30px; width: 100%;"></div>
	<ul style="list-style-type: none"> - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées. 	Non	<p>Les modalités d'interruption et de reprise des prestations sont absentes du document bien que cette partie soit mentionnée dans le sommaire.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur - Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ; - Les conséquences de violence sur autrui ; 	<p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Écart 2 : Les modalités de rétablissement des prestations dispensées ne sont pas indiquées dans le règlement de fonctionnement. Cela contrevient à l'article R311-35 du CASF7.</p> <p>Les modalités relatives à l'accueil d'un résident dans un autre établissement et à l'organisation de séjours sont abordées [REDACTED]</p> <p>Pour l'organisation des séjours, il est fait référence à une procédure en vigueur au sein de la Fondation, mais elle n'a pas été transmise à la mission et il n'est pas précisé également comment cette procédure est transmise aux personnes concernées ni où on peut la trouver.</p> <p>Remarque 4 : Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur présentées dans le règlement de fonctionnement sont incomplètes.</p> <p>Les règles de la vie collective sont présentées [REDACTED] hormis le respect des décisions de prise en charge, les termes du contrat ou du document individuel de prise en charge [REDACTED]</p> <p>Écart 3 : Les obligations faites aux personnes accueillies concernant le respect des décisions de prise en charge, des termes du contrat ou du document individuel de prise en charge ne sont pas indiquées dans le règlement de fonctionnement. Cela contrevient à l'article R311-37 du CASF⁸.</p> <p>Les conséquences de violence sur autrui sont évoquées [REDACTED]</p>

⁷ Article R311-35 CASF : Le règlement de fonctionnement [...] fixe les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues.

⁸ Article R311-37, CASF : Dans le respect des dispositions de la charte arrêtée en application des dispositions de l'article L. 311-4, le règlement de fonctionnement énumère les règles essentielles de vie collective.

À 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. Ces obligations concernent, notamment, le respect des décisions de prise en charge, des termes du contrat ou du document individuel de prise en charge [...].

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- Les prescriptions d'hygiène de vie ;</p> <p>1.1.1.1. Périodes d'ouverture de l'établissement</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les prescriptions d'hygiène de vie sont [REDACTED]</p> <p>Les périodes d'ouverture des unités de semi-internat [REDACTED] est aussi précisé que le FAM est ouvert 365 jours et 24 heures sur 24.</p>
<p>1.2. Management et Stratégie</p>	<p>1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE)</u></p> <p>Le projet d'établissement existe-t-il ?</p>	<p>Non</p>	<p>Le FAM n'a pas de projet d'établissement actualisé, et ce depuis son ouverture. Cependant, l'établissement a transmis un pré projet d'établissement. Aussi, afin d'accompagner l'établissement dans la rédaction de ce document central, le pré projet a été lu et analysé par la mission.</p> <p>Le FAM n'a pas de projet d'établissement actualisé depuis le préprojet établi avant son ouverture.</p> <p>Écart 4 : L'établissement n'a pas de projet d'établissement actualisé depuis son ouverture, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p> <p>Cependant, la mission d'inspection dispose du préprojet d'établissement, daté de juillet 2021, et transmis à l'ARS comme aux Conseils départementaux des Yvelines et des Hauts-de-Seine le 1er août 2021 dans le cadre de la visite de conformité d'ouverture tenue les 28 et 29 septembre 2021.</p> <p>Les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été intégrées dans ce document.</p> <p>Deux projets de service ont été transmis à la mission :</p> <p>Un avant-projet de service Pôle TSA, [REDACTED]</p> <p>Un avant-projet de service Pôle Troubles psychiques, [REDACTED]</p> <p>Ces deux documents sont des PDF élaborés à partir de présentation Power Point. Aucune date de validation n'y est indiquée et leurs pages de conclusion sont vierges.</p> <p>Remarque 5 : Les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le projet d'établissement est-il est cours de validité ?</p> <p>Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ?</p> <p>Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ?)</p>	<p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>Conformément à l'article L311-8 du CASF⁹, un nouveau projet d'établissement devra être établi au plus tard en 2026.</p> <p>Dans le pré-projet d'établissement, il est indiqué [REDACTED] la programmation d'une prochaine révision du projet d'établissement en 2024. Lors des entretiens, il a été indiqué à la mission que le projet d'établissement n'avait pas été encore revu et qu'il le serait sur la base des projets de service en cours de finalisation.</p> <p>Remarque 6 : Le pré-projet d'établissement n'a pas été revu depuis l'ouverture de l'établissement.</p> <p>Dans ce document, il n'est pas indiqué s'il a fait l'objet d'une consultation des personnes accompagnées et de leurs représentants. Lors de sa diffusion aux autorités de tarification, le CVS n'avait pas été mis en place [REDACTED] il est indiqué : « A l'issue de la période d'ouverture, environ un an après l'accueil des premiers résidents, l'établissement procédera à la mise en place du Conseil de la Vie Sociale ». La mission d'inspection ne dispose pas d'un document attestant de la présentation de ce pré-projet d'établissement au CVS une fois mis en place.</p> <p>Remarque 7 : Le pré-projet d'établissement n'a pas fait l'objet d'une consultation du conseil de la vie sociale ni d'une autre forma de participation. .</p>
<p>1.2. Management et Stratégie</p>	<p>1.2.3. <u>Le projet d'établissement : contenu</u></p> <p>Les points suivants figurent-ils dans le projet d'établissement ?</p> <p>1° Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ;</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le pré-projet d'établissement aborde le contexte du territoire, le public accueilli, les prestations proposées, les ressources humaines, les éléments financiers, du bâtiment et l'environnement technique. Concernant l'organisation des transports dans le cadre de l'accueil en semi-internat pour les ressortissants des Hauts-de-Seine, rien n'est indiqué. En cela, les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été appliquées à ce document.</p>

⁹ Art. L311-8, CASF : Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>2° Détaille les caractéristiques générales des accompagnements et prestations mis en œuvre par l'établissement ou le service qui constituent le cadre de référence des actions de soutien médico-social et éducatif prévues par le contrat de séjour visé à l'article D. 344-5-4 ;</p>	Partiellement	<p>De même, ces recommandations n'ont pas été prises en compte dans les projets de service des pôles TSA et TP.</p> <p>Remarque 8 : Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant l'organisation des transports dans le cadre de l'accueil en semi-internat pour les ressortissants des Hauts-de-Seine n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement ni aux projets de service des pôles TSA et TP.</p> <p>Le pré-projet d'établissement tient compte des spécificités des personnes. Il présente les prestations proposées en distinguant les pôles TSA et Troubles psychiques-TP. Un chapitre particulier est consacré aux modalités d'organisations des prestations dans le pôle TSA.</p> <p>██████████ concernent le projet personnalisé d'accompagnement. Sur ce point, les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été appliquées au document.</p> <p>De même, ces recommandations n'ont pas été prises en compte dans les projets de service des pôles TSA et TP ██████████</p> <p>██████████ sont présentées les prestations spécifiques à l'Unité Renforcée puis ██████████, la gestion des sorties de cette unité. Sur ce point, les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été appliquées au document.</p> <p>Aucune information sur le fonctionnement et l'organisation de l'Unité Renforcée n'est indiquée dans le projet de service du pôle TSA.</p> <p>██████████ est abordée la participation des usagers et de leur entourage.</p> <p>Remarque 9 : Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant le projet personnalisé d'accompagnement et l'Unité Renforcée n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement ni aux projets de service des pôles TSA et TP.</p>
	<p>3° Précise les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée chargée notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ;</p>	Partiellement	<p>La mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée sont présentées dans le pré-projet d'établissement ██████████ Sur ce point, les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été appliquées au document.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>4° Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ;</p> <p>5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du Code civil et du Code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ;</p> <p>6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;</p> <p>7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ;</p> <p>8° Prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est réorientée ;</p> <p>9° Prévoit les modalités d'élaboration d'accès et de transmission des documents mentionnés à l'article D. 344-5-8.</p>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<div data-bbox="1205 268 2112 371" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 10 : Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant l'organisation et les rôles des référents n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement.</p> </div> <p>La composition de l'équipe pluridisciplinaire et ses modalités de coordination sont présentées [REDACTED]</p> <p>La coordination des soins, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, est présentée pages [REDACTED]. Concernant l'organisation et la régularité des suivis médicaux et paramédicaux, les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été appliquées au document.</p> <p>De même, ces recommandations n'ont pas été prises en compte dans les projets de service des pôles TSA et TP.</p> <div data-bbox="1205 667 2112 802" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 11 : Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant l'organisation et la régularité des suivis médicaux et paramédicaux n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement ni aux projets de service des pôles TSA et TP.</p> </div> <p>L'amélioration continue de la qualité fait l'objet d'un chapitre [REDACTED]. Il y est précisé qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité sera formalisée avec le soutien d'un référent, chargé de mission de la direction Qualité de la Fondation.</p> <p>Le pré-projet d'établissement présente une liste de partenariats à développer pour chaque pôle.</p> <p>L'accompagnement de la sortie de l'établissement et ses modalités sont abordés [REDACTED]</p> <p>Le pré-projet d'établissement ne mentionne rien concernant les situations où la personne accueillie consulte un professionnel de santé, est admise temporairement dans un établissement de santé, est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le projet d'établissement contient-il :</p> <p>- Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement ;</p> <p>- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ;</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>Remarque 12 : Les modalités d'élaboration, d'accès et de transmission d'informations dans le cas où la personne accueillie consulte un professionnel de santé, est admise temporairement dans un établissement de santé, est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées ne sont pas indiquées dans le pré-projet d'établissement.</p> <p>Sont évoqués dans le pré-projet d'établissement :</p> <p>██████ le rôle du coordinateur d'accompagnement pour le projet personnalisé ;</p> <p>██████ le rôle du médecin psychiatre pour le suivi psychiatrique.</p> <p>Les modalités de ces coordinations ne sont pas précisées.</p> <p>Dans les projets de service des pôles TSA et TP, seules la coordination et la coopération internes sont évoquées.</p> <p>Remarque 13 : Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec d'autres personnes physiques ou morales concourant aux missions exercées (1° du D31138-3 CASF) ne sont pas précisées dans le pré-projet d'établissement ni dans les projets de service des pôles TSA et TP.</p> <p>Les mots "maltraitance" et "bienveillance" sont absents du pré-projet d'établissement.</p> <p>Les modalités de communication auprès des personnes accueillies concernant la prévention et la lutte contre la maltraitance ne sont pas précisées.</p> <p>Sur ce sujet, les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle ne sont pas précisées.</p> <p>L'autorité extérieure mentionnée à l'article L. 311-8 et les modalités dans lesquelles les personnes accueillies peuvent faire appel à elle en cas de difficulté ne sont pas précisées.</p> <p>Les mots "maltraitance" et "bienveillance" sont cités dans les projets de service des pôles TSA et TP quand il s'agit de citer les RBPP applicables à un FAM et au public accueilli.</p> <p>Un protocole de gestion d'une situation de maltraitance et un protocole de signalement d'une situation de maltraitance ont été transmis à la mission.</p> <p>Dans le règlement de fonctionnement, ████████ indique l'obligation de signaler tout acte de violence et de maltraitance et précise le numéro national d'appel 3977.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ; - Les critères d'évaluation et de qualité voire les mesures du CPOM ? - Le PE comporte-t-il un volet dédié à l'hébergement temporaire ? Réf. : D. 312-8 et D. 312-10 du CASF - Un volet dédié aux soins est-il élaboré dans le projet d'établissement ? Si oui, définit-il les axes prioritaires en matière de coordination des soins dans la structure ? - Le projet de soins comporte-t-il un projet médical/de soins à visée des personnes handicapées vieillissantes ? 	<p>Choisir</p> <p>Non</p>	<p>Remarque 14 : Le pré-projet d'établissement ne mentionne pas de démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement sont présentées dans le pré-projet d'établissement. - La politique de formation est présentée [REDACTED] ainsi qu'un plan de formation pour la première année pour chaque pôle, en prévoyant de la supervision uniquement pour le pôle TSA. <p>Les projets de service des pôles TSA et TP ne mentionnent rien concernant la formation des professionnels.</p> <p>L'amélioration continue de la qualité fait l'objet d'un chapitre, [REDACTED] Il y est précisé qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité sera formalisée avec le soutien d'un référent, chargé de mission de la direction Qualité de la Fondation.</p> <p>Les critères d'évaluation et de qualité ne sont pas précisés.</p> <p>Remarque 15 : Le pré-projet d'établissement ne précise pas les critères d'évaluation et de qualité.</p> <p>[REDACTED] du pré-projet d'établissement, un paragraphe concerne l'accueil temporaire : [REDACTED] places au total, [REDACTED] sur chaque pôle. Les modalités d'admission ne sont pas précisées.</p> <p>Les projets de service des pôles TSA et TP ne contiennent aucune information sur l'accueil temporaire.</p> <p>[REDACTED] du pré-projet d'établissement sont évoqués la prise en compte du vieillissement et l'accompagnement de la fin de vie : observation des changements liés au vieillissement, adaptation du projet personnalisé et de la formation du personnel. Il n'est pas fait mention d'un projet médical spécifique.</p> <p>Le vieillissement des personnes accueillies et son accompagnement ne sont pas abordés dans les projets de service des pôles TSA et TP.</p> <p>La mission d'inspection a constaté l'absence de projet de médical dans l'établissement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. <u>Le plan bleu</u>		
	Le plan bleu existe-t-il ?	Oui	Le plan bleu est présent au sein de l'établissement dans sa version Mise à Jour de [REDACTED]. Il a été adressé le 19 juillet 2024 aux autorités. Lors de l'inspection, un local dédié au rangement du matériel du plan bleu a été identifié.
	Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ?	Oui	Au sein du règlement de fonctionnement, il est écrit que le Plan bleu fait l'objet d'une réactualisation régulière et d'une évaluation lors de la levée du dispositif de crise. [REDACTED]
	Le plan bleu contient-il : - ;	Oui	Le plan bleu contient notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions • Les procédures de gestion des événements, Cependant, il n'est pas indiqué : <ul style="list-style-type: none"> • les partenariats avec des établissements de santé. • Le niveau des stocks disponibles nécessaires ni la descriptions des produits pour répondre à chaque type de crise. • Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires n'est pas présent <div data-bbox="1189 1034 2114 1174" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 5 : Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles conformément au programme annuel ou pluriannuel n'est pas indiqué, ce qui contrevient à l'article R. 3131-4 du code de la santé publique</p> </div>
Le plan bleu a-t-il été arrêté après consultation : - Des instances représentatives du personnel ? le CVS ?	Non	Il n'est pas indiqué si le PB a été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel et du CVS.	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Écart 6 : Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles n'est pas indiqué dans le Plan bleu. Il n'est pas indiqué dans le Plan bleu s'il a été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel et après consultation du CVS. Cela contrevient aux II.6° et III de l'article R311-38-1 du CASF¹⁰.</p>
<p>1.2. Management et Stratégie</p>	<p>1.2.5. <u>L'organigramme</u></p> <p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le jour de l'inspection, deux organigrammes différents, dont l'un non daté et intitulé "projet d'organigramme", ont été transmis à la mission par des interlocuteurs différents. Cela génère une confusion dans la compréhension de l'organisation de l'établissement.</p> <p>L'organigramme affiché dans l'établissement est daté du [REDACTED]. Il est à jour, à la date de l'inspection, sur les noms des professionnels indiqués.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>La mission d'inspection observe que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le pré-projet d'établissement, l'organigramme présentait un Pôle coordination des soins et une équipe médico-sociale transversale TSA/TP ; - Qu'ils étaient rassemblés en un Pôle Santé dans l'organigramme du [REDACTED] ; - Puis répartis en une équipe médicale, un service Soins/Sport/Bien-être et un service Cognitif dans l'organigramme du [REDACTED].

¹⁰ Article R311-38-1, CASF : I.-Le plan mentionné au second alinéa de l'article L. 311-8, intitulé " Plan bleu " [...] contient notamment : [...] 6° Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles conformément au programme annuel ou pluriannuel mentionné au 2° de l'article R. 3131-4 du code de la santé publique. [...] 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
			<p>Remarque 16 : L'organigramme ne présente pas clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels. Les ETP n'y sont pas indiqués. De plus, les organismes de contrôle n'ont pas été informés des modifications apportées à l'organigramme.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.6. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u>		<p>L'organisation mise en place par la FAA se décline par la mise en place d'une direction territoriale, hiérarchique N+1 de la direction de l'établissement. Le directeur général étant le N+2. Les services du siège de la FAA ont pour fonction d'apporter des appuis techniques aux établissements tels que par exemple, la gestion des ressources humaines, la mise en place de la démarche qualité. Le directeur territorial était présent lors de l'inspection. Il a un rôle de contrôle et de soutien aux directions des établissements. Il est le lien entre les établissements et la direction. Il est le garant de la fluidité de la communication entre la direction générale et les établissements. C'est également lui qui est l'interlocuteur des familles en amont de la direction générale. Il participe également à la transmission ou non des EI et EIG.</p>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.7. <u>Directeur : contrat et fiche de poste</u></p> <p>Quelle est la date de prise de fonction du directeur ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Lors de l'inspection, il n'y avait pas de direction salariée par la FAA, la mission n'a pas eu accès au contrat existant entre la FAA et les deux directions de transition ni à leur niveau de qualification.</p> <p>À la date de la visite d'inspection, une direction de transition était en place et exerçait cette mission [REDACTED]</p> <p>Il est indiqué que, or les objectifs de mission, cet avenant ne modifie aucun autre article de la convention initiale, notamment le nombre de jours moyens d'intervention sur site par semaine. La convention initiale n'a pas été transmise à la mission. [REDACTED]</p> <p>Au décours de la visite d'inspection, la mission, ainsi que le personnel de l'établissement et les familles des résidents ont été informés par la direction générale d'un changement complet de la direction de l'établissement : la [REDACTED] présente le jour de la visite a été remplacée par un nouveau [REDACTED], chevronné et connaissant particulièrement bien la Fondation pour y a voir travaillé précédemment dans un autre établissement, et assisté [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?	Partiellement	La fiche de poste pour le poste de direction n'a pas été transmise à la mission. Dans l'avenant à la convention de prestations sont indiqués des objectifs complémentaires à ceux fixés dans la convention initiale.
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. <u>Directeur : qualifications</u>		Aucun diplôme certifiant le niveau de qualification de la directrice de transition, présente le jour de la visite d'inspection, n'a été transmis à la mission. Les CV du directeur et de la directrice adjointe nommés rapidement après cette visite, ainsi que le diplôme [REDACTED] de la directrice adjointe, ont été transmis aux autorités de contrôle [REDACTED] Écart 7 : Aucun diplôme certifiant le niveau de qualification de la directrice de transition présente le jour de la visite d'inspection ni celui du directeur nommé rapidement après cette visite n'a été transmis à la mission. Cela contrevient à l'article D312-176-6 du CASF¹¹.
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Le remplacement de la direction</u>		Lors de l'inspection, un directeur de transition et une directrice de transition étaient présents. Ils se sont tous deux présentés comme « direction de transition ». Le directeur annonçait qu'il partait en fin de mois, la directrice qu'elle avait une mission [REDACTED]. Il n'a pas été possible de savoir qui des deux directeurs était le supérieur hiérarchique de l'autre ou si les deux se considéraient comme « l'équipe de direction ». Cette confusion et ce manque de lisibilité ont été confirmés lors des différents entretiens.
	Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?	Non	Une note d'information [REDACTED] concernant l'organisation de la direction et de l'encadrement durant la [REDACTED] a été fournie à la mission. Cette dernière ne précise pas l'organisation en cas d'absence de la direction. Écart 8 : Il n'existe pas de procédure prévoyant l'organisation en cas d'absence de la direction. Cela contrevient à l'article D315-69 du CASF¹².

11 Art.312-176-6, CASF : Doit être titulaire d'une certification de niveau I enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article [L. 335-6](#) du code de l'éducation le professionnel ayant reçu les délégations mentionnées aux troisième à septième alinéas de l'article [D. 312-176-5](#) et qui, selon les situations : [...]

b) Dirige un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux répondant cumulativement, sur au moins trois exercices comptables consécutifs, au moins à deux des trois seuils fixés à l'article R612-1 du code de commerce ;

12 Art. D315-69 CASF : La délégation de signature peut être retirée à tout moment.

Sous réserve des dispositions de l'article [D. 315-67](#), elle doit être en rapport avec les fonctions, la qualification ou le grade du délégataire. Un même délégant peut donner plusieurs délégations conformes chacune aux prescriptions de l'article [D. 315-68](#), notamment pour faire face aux absences.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les délégations au directeur</u>		<p>Le document unique de délégation-DUD transmis à la mission a été signé [REDACTED], date de son entrée en vigueur, [REDACTED].</p> <p>Ce document s'articule avec le document unique de délégation de la Fondation des Amis de l'Atelier validé par son Conseil d'Administration [REDACTED].</p> <p>Il y est indiqué que ce DUD doit être porté à la connaissance des autorités ayant autorisé le fonctionnement de l'établissement par le directeur départemental. Mais il n'a pas été transmis à l'ARS ni aux Conseils départementaux des Hauts-de-Seine et des Yvelines.</p> <p>Aucun document transmis à la mission n'indique si ce DUD a été adressé au conseil de la vie sociale.</p> <p>Écart 9 : Le DUD concernant la directrice de transition en poste au jour de l'inspection n'a pas été adressé aux autorités ayant autorisé le fonctionnement de l'établissement ni au CVS. Cela contrevient à l'article D312-176-5 du CASF¹³.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. <u>Les subdélégations du directeur</u>		<p>Le DUD précise les conditions de subdélégation, permanente ou provisoire.</p> <p>Deux documents de subdélégation ont été transmis à la mission :</p> <p>Une délégation temporaire de signature au chef de projet de transition/ Appui de direction, du [REDACTED].</p> <p>Une subdélégation temporaire et partielle de pouvoirs à la cheffe de service du Pôle TP, du [REDACTED].</p>

13 Art. D312-176-5 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](#).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 17 : Pour toutes les réunions prévues dans le fonctionnement des services, il n'est pas indiqué d'organisation pour la rédaction et la diffusion d'un compte-rendu.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les astreintes administratives</u>		<p>Aucune procédure d'astreinte n'a été transmise à la mission.</p> <p>Un planning organisant l'astreinte de niveau 2 du [REDACTED] a été transmis, mais n'est pas facilement compréhensible.</p> <p>Une note d'information [REDACTED] portant sur l'organisation de la période estivale a été transmise à la mission. Elle présente un récapitulatif des présences et des absences pour congés des membres du Comité de Direction et des coordinateurs d'accompagnement. Il est aussi mentionné les cadres d'astreinte</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>pour chaque semaine : il s'agit des [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 18 : Il n'existe pas de procédure d'astreinte.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les astreintes techniques</u>		<p>Aucune procédure d'astreinte n'a été transmise à la mission.</p> <p>Lors des entretiens, il a été dit à la mission qu'il n'y avait pas d'astreinte technique, mais que les coordonnées des prestataires étaient accessibles sur le serveur.</p> <p>Remarque 19 : Il n'existe pas de procédure d'astreinte technique.</p>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.15. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</u></p> <p>Un professionnel encadre-t-il l'équipe soignante ?</p> <p>- Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature ...) ?</p>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>D'après le registre unique du personnel [REDACTED] transmis à la mission, [REDACTED] personnes occupent un poste de chef de service soins en CDI et à temps plein.</p> <p>Les informations recueillies lors de l'inspection sur place et les organigrammes transmis permettent de préciser qu'une cheffe de service Soins est salariée en CDI à temps plein depuis [REDACTED]</p> <p>Ont été transmis à la mission :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>La fiche de poste [REDACTED] soins n'a pas été transmise à la mission et n'a pas été trouvée dans le dossier de la salariée.</p> <p>Seule la fiche fonction "[REDACTED]" de la Fondation a été transmise.</p> <p>Remarque 20 : La [REDACTED] n'a pas de fiche de poste.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.16. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Un professionnel encadre-t-il l'équipe éducative ?	Oui	<p>D'après le registre unique du personnel [REDACTED] transmis à la mission, [REDACTED] personnes occupent un poste de chef de service éducatif en CDI et à temps plein.</p> <p>Les informations recueillies lors de l'inspection sur place et les organigrammes transmis permettent de préciser que :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les fiches de poste des [REDACTED] n'ont pas été transmises à la mission et n'ont pas été trouvées dans les dossiers des salariées.</p> <p>Seule la fiche fonction "[REDACTED]" de la Fondation a été transmise.</p> <div data-bbox="1205 842 2114 919" style="border: 1px solid black; background-color: #e1ecf4; padding: 5px;"> <p>Remarque 21 : Le Registre Unique du Personnel n'est pas à jour à la date de la mission.</p> </div> <div data-bbox="1205 976 2114 1053" style="border: 1px solid black; background-color: #e1ecf4; padding: 5px;"> <p>Remarque 22 : Les [REDACTED] n'ont pas de fiche de poste.</p> </div>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.17. <u>Les conflits entre direction et salariés</u></p> <p>Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels ? (Signalement, pétitions, absentéisme élevé, rotation fréquente des personnels, affaires prud'homales, suivi troubles musculosquelettiques et risques psychosociaux, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats ...)</p>	Oui	<p>Avant la visite d'inspection, plusieurs signalements concernant l'établissement avaient été adressés aux autorités de contrôle.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Après la visite d'inspection, d'autres signalements ont été adressés [REDACTED]</p> <p>Les données à disposition ne permettent pas d'évaluer le niveau d'absentéisme au sein de l'établissement.</p> <p>En revanche, il est constaté le jour de l'inspection un nombre relativement important d'arrêts de travail, [REDACTED]</p> <p>Lors des entretiens, il a été précisé à plusieurs reprises que l'absentéisme était plus important dans le pôle TSA, en lien notamment avec des admissions récentes très lourdes.</p> <p>Le registre unique du personnel-RUP transmis à la mission n'est pas à jour et ne permet pas de mesurer un taux de rotation au sein de l'établissement [REDACTED]</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.18. <u>Les affichages</u>		<p>Plusieurs lieux d'affichage ont été vus lors de l'inspection ; près du pôle administratif et dans les unités de vie.</p> <p>Les documents suivants ne sont pas visibles sur le tableau d'affichage situé dans le couloir donnant sur les bureaux administratifs :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Le numéro Allo maltraitance personnes âgées et personnes handicapées (3977) est affiché.</p> <p>Écart 10 : L'affichage des documents règlementaires est incomplet au regard des articles D311-15 (III), R311-34 et L311-4 du CASF.</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	1.3.1. <u>Le CVS</u>		<p>Bien qu'étant institué depuis la création du FAM, le CVS ne peut exercer pleinement ses prérogatives précisées dans la réglementation en vigueur. Il n'a été impliqué que partiellement dans la vie de l'établissement par les différentes directions successives.</p> <p>Écart 11 : La direction ne permet pas au CVS d'exercer ses prérogatives, ce qui est contraire aux articles L.311- 6; L.311-7 ; L.311-8 du CASF.</p>
	Un CVS existe-t-il ?	Oui	<p>Le conseil de la vie sociale a été mis en place [REDACTED]</p> <p>Le règlement intérieur du CVS fourni à la mission est signé par le président du CVS, à une date postérieure [REDACTED]</p>
	Le CVS se réunit au moins trois fois par an ?	Oui	<p>Les comptes rendus des [REDACTED] CVS ayant eu lieu en 2024 ont été fournis à la mission [REDACTED]. Il est indiqué sur le dernier compte rendu les prochaines dates de CVS [REDACTED]</p>
	L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ?	Oui	<p>D'après les échanges, les comptes rendus sont diffusés tardivement par mail. Pour exemple, au jour de l'inspection, seul le PowerPoint de présentation du CVS [REDACTED]</p>
	La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :		<p>La composition du CVS n'a pas été fournie à la mission. À la lecture des comptes rendus fournis, la composition des membres présents comprend des représentants des personnes accompagnées, des professionnels et de l'organisme gestionnaire.</p> <p>La composition du CVS n'a pas été communiquée à la mission par LE FAM</p>
	La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?	Partiellement	<p>Il apparaît sur les comptes rendus une partie consacrée à l'expression des résidents et les questions des familles. Les EIG sont abordés sur le CR [REDACTED] mais les plans d'action ne sont pas soumis au CVS.</p> <p>Remarque 23 : Les plans d'action des EI/EIG ne sont pas soumis au CVS.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Donner un avis et faire des propositions sur le fonctionnement de la structure ? (droit et liberté, organisation intérieure, vie quotidienne, activités, prestations, projet de travaux et d'équipement, prix des services, l'entretien des locaux, l'animation, les conditions de prises en charge)	Partiellement	
1.3. Animation et fonctionnement des instances	<p>1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u></p> <p>Existe-t-il une enquête de satisfaction sur :</p>		<p>La Fondation « les Amis de l'Atelier » n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction depuis l'ouverture du FAM. La réalisation d'une enquête de satisfaction aurait été évoquée oralement [REDACTED]</p> <p>Remarque 24 : LE FAM ne réalise pas d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles</p>

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	4.1. <u>La direction</u>		
	La direction est-elle impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités administratives compétentes ? Réf. : R331-8 du CASF ?	Oui	<p>Ont été transmises à la mission les procédures suivantes :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
de la qualité	<p>Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Les actions du plan qualité sont-elles mentionnées dans le rapport annuel d'activité ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Un Plan d'action de la qualité (PACQ) établi par la direction était mentionné dans le préprojet d'établissement [REDACTED]</p> <p>Les préprojets de service des pôles TSA et TP proposés en [REDACTED] mentionnent l'existence d'un intranet [REDACTED] permettant d'accéder aux outils de pilotage, dont le PACQ sans toutefois développer le contenu de ce PACQ.</p> <p>Aucun PACQ n'a été remis à la mission.</p> <p>Écart 12 : L'absence de PACQ contrevient aux exigences des articles L.312-8 et D.312-203 du CASF.</p>
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>L'auto-évaluation</u>		<p>Une autoévaluation a été conduite [REDACTED] par un cabinet prestataire extérieur, [REDACTED]. Elle s'appuie sur la méthode HAS (accompagné traceur, traceur ciblé et audit système). Le rapport a été remis le 3 juin 2024. L'auto-évaluation n'a pas étudié la totalité des thématiques, en particulier les [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 25 : L'absence d'évaluations interne et l'auto-évaluation incomplète ne permettent pas d'identifier précisément les axes qualité nécessaires pour LE FAM.</p>
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>L'évaluation externe</u>		<p>Le FAM ayant ouvert fin 2021, aucune évaluation externe n'a encore été réalisée à ce jour.</p> <p>Au jour de l'inspection, l'évaluation HAS est programmée [REDACTED] dans le respect de l'arrêté conjoint ARS-CD78 en date du 25 04 2025 qui prévoit une évaluation HAS pour le [REDACTED]</p>
1.4. Gestion	1.4.7. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui est intégrée au projet d'établissement issu d'une réflexion portée par l'encadrement avec la participation du personnel et des personnes ?	Non	<p>Dans les préprojets de services TP et TSA datés du [REDACTED] (Cf.p.19), la bientraitance est mentionnée comme faisant partie des 5 mots clés définissant la bienveillance, elle-même désignée comme valeur portée par l'équipe.</p> <p>Aucune procédure ni aucune formation en lien avec la promotion de la bientraitance n'est observée.</p> <p>Seules des affiches Allo Maltraitance et des procédures de signalement de la maltraitance sont observées.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.8. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u></p> <p>- En organisant l'analyse de leur pratique ;</p>	Oui	<p>Dans le préprojet d'établissement transmis aux ATC dans le cadre de la visite de conformité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'analyse des pratiques mensuelle est indiquée dans la liste des réunions institutionnelles ; - La supervision des interventions est prévue dans le plan de formation de la 1ère année suivant l'ouverture, uniquement pour l'équipe du pôle TSA. <p>[REDACTED]</p> <p>Ont été transmis à la mission :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			[REDACTED]
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.9. <u>La bientraitance en pratique</u></p> <p>Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels <p>Affichage du numéro d'appel national 3977 « Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap » et ALMA ? Est-il mentionné dans le livret d'accueil de Le FAM ?</p>	<p>Lors des différents entretiens menés, il a été confirmé qu'il n'y a pas de plan de formation porté par la direction sur la question de la bientraitance ou des EIG</p> <p>Au moment de la visite d'inspection, il est indiqué qu'une formation bientraitance "doit prochainement être mise en place", mais sans élément de preuve transmis à la mission</p> <p>Oui</p>	<p>La procédure de signalement en cas d'agression est identifiée et utilisée, mais non systématiquement [REDACTED].</p> <p>Un tableau de suivi des événements indésirables et réclamations existe [REDACTED]. Aucune plainte et réclamation n'est rapportée dans ce tableau. Les événements consignés y sont décrits et qualifiés d'EI/EIG, en termes de niveau de gravité (échelle de 1 à 4), de fréquence et de pondération. Les actions prévues sont mentionnées.</p> <p>Une cellule de soutien psychologique a été diligentée fin [REDACTED] faisant suite à l'EIG [REDACTED].</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 13 : La recrudescence des événements avec violence physique de la part des résidents interroge les autorités de tutelle et la mission d'inspection. Des événements connus n'y sont pas reportés dont l'un ayant donné lieu à une rédaction de fiche EIG à la suite de l'échange entre la mission d'inspection et un professionnel le jour de l'inspection. Un autre événement ayant également entraîné une fracture sur un résident n'est pas reporté dans l'outil de suivi.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 14 : L'absence de politique de bientraitance, inscrite dans un plan de formation et observable dans le suivi des procédures de signalements, contrevient aux dispositions de la circulaire du 20 février 2014, relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance.</p> </div> <p>L'affichage relatif au numéro « Allo Maltraitance » figure en plusieurs endroits du FAM.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.10. <u>Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violent et dangereux pour les usagers, les professionnels</u></p> <p>La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?</p>	Non	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100%; height: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100%; height: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100%; height: 150px;"></div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des procédures de gestion des comportements problèmes ; - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; 	<p>Non</p> <p>Oui</p>	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e1f5fe; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Remarque 26 : L'absence d'informations descriptives dans les dossiers des résidents sur le logiciel dédié, en particulier ceux porteurs de TSA, ne permet pas aux professionnels d'identifier les éléments déclenchant des comportements problèmes.</p> </div> <p>La mission n'a pas connaissance de procédures métiers (hors champ sanitaire). La lecture des transmissions sur [REDACTED] révèle des traitements différenciés de comportements problèmes, notamment lorsqu'il s'agit d'alerter le cadre d'astreinte.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e1f5fe; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Remarque 27 : L'absence de procédures métiers décrivant le repérage et la gestion des comportements problèmes laisse le champ libre aux professionnels de tenir des postures inadaptées et ne répondant pas aux valeurs de la FAA.</p> </div> <p>Une [REDACTED] de temps d'analyses de pratiques professionnelles (APP) ont été animées par un intervenant extérieur en 2024. Une [REDACTED] d'APP est programmée en 2025.</p> <p>Environ deux réunions mensuelles cliniques au 2nd semestre 2024 et en 2025 réunissent les IDE et professionnels, alternativement pour les professionnels de nuit ou de l'un des deux pôles TP et TSA, pour aborder les problématiques de comportements de résidents et recherches de solutions.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- Par la sensibilisation et la formation ;</p> <p>Le PAI des usagers présentant un « comportement problème » est-il régulièrement actualisé ? (Bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.)</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>En 2024, étaient budgétées les formations suivantes, [REDACTED]</p> <p>« Supervision TSA » prévues pour les professionnels de [REDACTED] unités TSA, « Réduire l'agressivité verbale et physique » pour l'équipe du pôle TP.</p> <p>Les plans de formation 2023 et 2024 précisent que les formations Sensibilisation [REDACTED] ont été reportées ultérieurement au motif d'être « projet non prioritaire » (Cf.p.12 et 13 du PDC 2024).</p> <p>En revanche, depuis fin 2024, on observe une mise en place de formations pour le pôle TSA :</p> <p>L'accompagnement des TSA [REDACTED] pour [REDACTED] professionnels,</p> <p>« Savoir-être et savoir-faire face à des personnes présentant des troubles psychiques » les [REDACTED] pour [REDACTED] professionnels (même source), près de [REDACTED] formations d'une durée [REDACTED] dispensées par la psychologue du FAM entre [REDACTED] (Cf. feuilles émargement),</p> <p>D'autre part, dans le cadre du plan [REDACTED] et de l'axe prioritaire « compétences cœurs de métier », deux formations de [REDACTED] professionnels dispensés par une psychologue extérieure spécialisée [REDACTED] sont annoncées :</p> <p>Maîtriser les fondamentaux en [REDACTED]</p> <p>Évaluation et interventions organisationnelles.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 28 : Le sous-investissement en formations TSA en [REDACTED] n'a pas permis de préparer l'accueil et la prise en charge des résidents TSA entrants.</p> </div> <p>Parmi les [REDACTED] dossiers de résidents repérés par la mission et présentant des comportements à problèmes à la période de l'inspection, seuls [REDACTED] ont un PAI, dont [REDACTED] sans objectifs.</p> <p>Aucun bilan n'est observé sur le logiciel dédié, de réévaluations et réadaptations des PAI de ces résidents. [REDACTED] PAI de résidents sur [REDACTED] étudiés sont des renouvellements depuis leur admission.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ?</p>	Partiellement	<p>■■■■■ chambres d'apaisement sont proposées côté TP. Toutefois, l'une des chambres n'est pas utilisée, car présentant des problèmes d'humidité. Mais il n'existe aucune procédure concernant leur utilisation.</p> <p>Remarque 29 : L'utilisation des chambres d'apaisement côté TP n'est pas encadrée.</p> <p>Côté TSA, au moins ■■■■ salles de retrait capitonnées sans mobilier et sans fenêtres existent. Un professionnel encadrant déclare qu'elles ne sont pas utilisées.</p> <p>Un protocole « <i>salle d'apaisement</i> » date ■■■■■ aborde l'utilisation des salles capitonnées, mais non des salles d'apaisement coté TP.</p> <p>Au jour de l'inspection, l'unité renforcée, officiellement non ouverte, est utilisée par défaut depuis plusieurs jours pour un, voire deux, résident(s) présentant des comportements problèmes avec déclaration d'EIG. Cependant, il n'a pas été fait par des modalités mises en place pour l'utilisation de ces nouveaux espaces.</p> <p>Remarque 30 : L'utilisation de l'unité renforcée pour des résidents à comportements problèmes du pôle TSA n'est pas cadrée.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p>1.4.11. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u></p> <p>Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ARS ; - Le Conseil départemental ; 	Oui	<p>Deux procédures émises par le siège de la FAA datées de ■■■■■ sont disponibles : gestion d'une part et signalement d'autre part, d'une situation de maltraitance. Les personnels en place en ■■■■■ se sont vu remettre contre signature une notice d'information concernant les rappels sur les obligations en matière de maltraitance ainsi qu'une présentation ■■■■■ « comprendre et arrêter la maltraitance » ■■■■■</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- Le magistrat concerné ;</p> <p>Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ?</p> <p><i>pour information à la direction :</i></p> <p><i>Art. 434-3 du Code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance sur mineur ou personne incapable de se protéger en raison de son âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse)</i></p> <p><i>Seulement si rappel à la direction et médecins :</i></p> <p><i>Art. 226-14 du Code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices)</i></p> <p>En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>Un signalement auprès du Procureur de la République a été émis par le FAM le [REDACTED] dénonçant [REDACTED] professionnels maltraitants, mis à pied à titre conservatoire.</p> <p>La procédure de signalement d'une situation de maltraitance indique bien que chaque salarié bénéficie de la protection de l'article L. 313-24 du CASF (dont le texte doit être affiché dans l'établissement).</p> <p>La réponse par mail de la FAA datée du [REDACTED] indique que les parents des résidents maltraités ont été informés des faits et des sanctions disciplinaires menées.</p> <p>Au jour de l'inspection, la multiplicité des EIG en lien avec de la maltraitance pour négligence [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED], l'inspection du travail est intervenue sur le site du FAM [REDACTED]</p>

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>1.5.1. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u></p> <p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Un document « [REDACTED] » est mis en place par la fondation afin de recueillir la satisfaction, les suggestions, les réclamations et les plaintes des usagers, de l'entourage et des intervenants. Les fiches sont mises à disposition à l'accueil.</p> <p>Une partie du document est consacrée à la traçabilité de traitement de la fiche visée par la direction du FAM. Le suivi et la réponse apportée au déclarant par l'établissement doivent faire l'objet d'une traçabilité.</p> <p>Une procédure de la fondation ([REDACTED] datée de [REDACTED] a été fournie par l'établissement. Celle-ci définit les modalités de recueil et de traitement des fiches d'expression.</p> <p>Le support [REDACTED] est le même que celui utilisé pour les réclamations et les plaintes. Aucune plainte ou réclamation n'y sont indiquées.</p> <p>Les éléments signalés par les enquêtes tels que les plaintes et réclamations ne font pas l'objet de rédaction systématique de réponse au déclarant, ni de réalisation de suivi et de bilan.</p> <div data-bbox="1211 847 2134 922" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 31 : LE FAM ne dispose pas de système d'enregistrement et de traitement des plaintes et réclamations.</p> </div> <div data-bbox="1205 983 2134 1058" style="border: 1px solid black; background-color: #ffe6e6; padding: 5px;"> <p>Écart 15 : En ne réalisant pas de suivi ni de bilan des réclamations, la direction contrevient à l'article L.311- (1° et 3°) du CASF.</p> </div>
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p>	<p>1.5.2. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u></p>		<p>À la lecture des tableaux de suivi des EI et EIG, des événements indésirables graves (EIG) ne sont déclarés que partiellement aux autorités de contrôle (ATC) compétentes [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>[REDACTED]</p> <p>La mission s'interroge quant à la qualité et la pertinence de la transmission des informations concernant les EI et les EIG à la direction générale. Il existe un réel delta entre les informations émanant des entretiens avec les différentes directions et la réalité des faits.</p>
	<p>Les procédures de déclaration en interne d'évènements indésirables sont-elles connues des professionnels ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>Un tableau de suivi des EI/EIG [REDACTED] a été transmis. Celui-ci reprend, pour chaque année depuis [REDACTED], les évènements indésirables survenus en indiquant pour chaque résident concerné la nature et la fréquence de l'évènement, les actions mises ou à mettre en place. La qualification EI/EIG n'apparaît pas. Depuis [REDACTED], le tableau de suivi permet de qualifier l'évènement tant que EI/EIG.</p> <p>En [REDACTED], [REDACTED] évènements d'un niveau de gravité critiques et [REDACTED] évènements d'un niveau de gravité majeure. [REDACTED] évènements ont fait l'objet d'un suivi en [REDACTED]; [REDACTED] comportements violents, [REDACTED] erreurs médicamenteuses, [REDACTED] qualifiés en « autres ».</p> <p>En [REDACTED] évènements ont été tracés.</p> <p>En [REDACTED], au jour de l'inspection, [REDACTED] EI et [REDACTED] EIG sont retranscrits dans le tableau or la mission a connaissance de [REDACTED] EIG. Le tableau n'est pas correctement suivi.</p> <p>D'après les informations recueillies le jour de l'inspection, la procédure de déclaration en interne est connue des professionnels. Les professionnels ne déclarent pas systématiquement les évènements indésirables, car ils ne savent pas les identifier.</p> <div data-bbox="1211 983 2132 1054" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 32 : Les professionnels ne déclarent pas les EI faute de savoir les repérer.</p> </div>
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des EI</p>	<p>1.5.3. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u></p>		<p>Une procédure des EI et EIG existe et elle est connue par les professionnels.</p> <p>Les actions mises ou à mettre en place sont notées dans le tableau de suivi des EI.</p> <p>Un compte rendu « retour d'expérience » « méthode alarme » a été fourni à la mission, il est daté du [REDACTED] et est noté « document de travail/non encore validé ».</p> <p>LE FAM n'a pas fourni à la mission des éléments attestant de la réalisation régulière de RETEX et d'analyse des EI/EIG.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>		<p>À la lecture du tableau [REDACTED], les parties [REDACTED] » et « [REDACTED] » ne sont pas remplies. À la suite de l'inspection, la mission a eu connaissance d'EIG ayant eu lieu au FAM et n'ayant pas fait l'objet de déclaration aux autorités administratives compétentes.</p> <p>Écart 16 : LE FAM ne déclare pas systématiquement les EIG aux autorités administratives compétentes ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF</p>

2. Fonctions support

La situation en termes de ressources humaines

impacte de manière importante la qualité de la prise en charge et la sécurité du public accueilli. Les arguments avancés portant sur la difficulté de recruter (situation géographique en autres), bien que réels, ne peuvent à eux seuls justifier les difficultés constatées par la mission.

Par ailleurs, la proportion des personnels non qualifiés, ainsi que l'absence de médecin dans l'équipe soignante sont des indicateurs inquiétants d'un établissement qui ne peut donc pas assurer une prise en charge médicale à la hauteur des besoins.

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. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u>¹⁴</p> <p>La composition de l'équipe pluriprofessionnelle répond-elle aux exigences réglementaires ?</p>	Non	<p>La FAA et la direction de l'établissement ont proposé dans leur réponse à l'appel à projets la mise en place de [redacted] en complément de la présence d'un psychiatre et d'un médecin généraliste.</p> <p>Ce dispositif est devenu, par défaut, la seule présence médicale au sein du FAM.</p> <p>Eu égard à la singularité des personnes accueillies, la mission s'interroge sur la réelle pertinence d'un tel dispositif, car il ne semble que partiellement adapté aux personnes accueillies. En effet, les exigences liées à une [redacted] apparaissent incompatibles avec certaines personnes accueillies.</p> <p>[redacted] et selon les effectifs transmis par l'établissement, l'équipe soignante ne compte aucun médecin, généraliste ni psychiatre, ce que la [redacted] [redacted] par des difficultés de recrutement, et par la mise en place d'une solution [redacted] qui permettrait le recours à un médecin psychiatre et à un médecin généraliste.</p>

¹⁴ [Article D344-5-14 CASF](#) : «Lorsque la taille de l'établissement ou du service ou le nombre de personnes accompagnées ne permettent pas la constitution totale de l'équipe pluridisciplinaire, l'établissement ou le service peut :

1° Passer des conventions avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

2° Être membre d'un groupement de coopération sanitaire visé à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique ou membre d'un des groupements visés à l'article L. 312-7. »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>2.1.2. <u>Qualifications</u> Les personnels sont-ils qualifiés ?</p>		<p>En pratique, cependant, les entretiens ont établi que la durée totale de temps médecin disponible avec cette organisation [redacted] se limite à moins de [redacted] hebdomadaires, [redacted].</p> <p>[redacted]. En outre, la mission souligne que les bonnes pratiques professionnelles de recours aux services [redacted] ne sont pas respectées avec l'organisation actuelle.</p> <p>Toutefois, il est important de noter que si les résidents de l'établissement gardent le contact avec les médecins de leur secteur psychiatrique d'origine, et peuvent être conduits à des consultations médicales extérieures, cela ne peut pas constituer une solution durable acceptable pour des patients souffrants de troubles du spectre autistique sévères ou de pathologies psychiatriques lourdes, qui constituent précisément les orientations définies pour l'établissement.</p> <p>Malgré l'absence de médecin, il est constaté la présence, dans l'équipe médicale et paramédicale, des effectifs [redacted] : [redacted] psychologues, [redacted] infirmiers (+ [redacted] infirmiers de nuit), [redacted] psychomotricien, [redacted] art thérapeute.</p> <p>Écart 17 : L'absence de présence médicale dans l'établissement contrevient aux exigences des articles D. 344-5-12 et -13 du CASF.</p> <p>Selon les [redacted] dossiers RH du personnel en CDI étudiés par la mission, une majorité des salariés dispose bien d'un diplôme cohérent avec le poste occupé.</p> <p>Il est néanmoins à noter que, parmi les dossiers étudiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour [redacted] professionnels en CDI, aucun diplôme n'était attesté dans le dossier, - pour [redacted] professionnels en CDI, le diplôme obtenu n'était pas adéquat pour le poste occupé [redacted] <p>Par ailleurs, la liste des salariés [redacted] que [redacted] professionnels en CDD et membres des équipes éducatives ne disposent d'aucun diplôme.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>2.1.3. <u>Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure</u></p> <p>La structure comporte-t-elle :</p> <p>- Direction,</p>	Oui	<p>Enfin, parmi les [REDACTED] fiches de paye du mois de [REDACTED] transmises, [REDACTED] indiquent des professionnels en "personnel éducatif non diplômé", soit [REDACTED] de l'effectif total en poste sur la période.</p> <p>Au cours de la mission d'inspection également, plusieurs professionnels avaient été présentés comme [REDACTED] ce qui laisse craindre des lacunes importantes dans la qualité de la prise en charge.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 33 : Le nombre de professionnels non qualifiés est excessif au regard des missions du FAM et du public accueilli.</p> </div> <p>Concernant les professionnels administratifs salariés, il est constaté les effectifs suivants [REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ETP au poste d'agent d'accueil ■ ETP secrétaire administratif ■ ETP agent comptable ■ ETP assistant Paye ■ ETP assistante sociale <p>L'équipe de Direction était composée, au jour de la visite d'inspection, [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>2.1.4. <u>Les postes vacants sur la structure</u></p> <p>Y a-t-il des postes vacants sur la structure ? Quels sont les profils et l'effectif des postes vacants au jour de l'inspection ?</p>	Oui	<p>Selon les documents transmis après la visite d'inspection, ■■■ ETP sont pourvus sur un total de ■■■, soit ■■■ ETP vacants ■■■</p> <p>Sur le site ■■■, des offres d'emploi sont indiquées pour le FAM sur les postes suivants : ■ ETP pour le personnel éducatif, ■ ETP pour le personnel médical et paramédical, ■ ETP administratif et technique, ■ ETP pour le personnel d'encadrement, ce qui ne correspond pas à la réalité constatée sur place.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Remarque 34 : Les offres d'emploi publiées sur le site de la Fondation ne présentent pas la totalité des postes effectivement vacants sur la structure.</p> </div>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p>2.1.5. <u>Les contrats de travail</u></p> <p><i>pour information au directeur :</i></p> <p>DI, DM, DP : L1248-1 du Code du travail (amende en cas de recours abusif aux CDD)</p> <p>DI, DM, DP : L1242-1 Code du travail (CDD ne pourvoit pas durablement un emploi permanent, au risque de sanction mentionnée dans L1248-1 Code du travail)</p> <p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD court ou long, intérim, autre) et leur nombre respectif au jour de l'inspection ?</p>		<p>Parmi les ■■■ dossiers RH du personnel en CDI qui ont été étudiés par la mission, tous comportaient un contrat de travail signé.</p> <p>Une maîtresse de maison enchaîne les contrats en CDD de ■■■ mois depuis ■■■ mois, et n'a donc pas bénéficié d'un seul jour de congé sur cette période.</p> <p>Selon les effectifs transmis suite à la visite d'inspection, sur ■■■ ETP ■■■ sont en CDI, ■■■ en CDD et ■■■ en contrat d'apprentissage.</p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p>2.1.6. <u>Le taux d'absentéisme des professionnels</u></p>		<p>Les données à disposition ne permettent pas d'évaluer le niveau d'absentéisme au sein de l'établissement.</p> <p>En revanche, il est constaté le jour de l'inspection un nombre relativement important d'arrêts de travail ■■■</p> <p>De manière générale, les divers entretiens menés lors de l'inspection évoquent également que les arrêts de travail au sein du FAM sont nombreux, et pour des durées longues (■■■)</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ?	non investigué	<p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 35 : La mission relève un nombre important d'arrêts de travail impactant la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers.</p> <p>Par manque d'élément transmis, la mission déplore de ne pas avoir pu traiter le sujet</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.7. <u>Le taux de rotation des professionnels</u>		<p>À partir du Registre Unique du Personnel (RUP) transmis par l'établissement, il est constaté qu'au cours de l'année [REDACTED], [REDACTED] professionnels différents ayant travaillé au FAM au cours de la période, [REDACTED] ont été présents moins d'une semaine au total, ce qui suppose un niveau de turn-over extrêmement important.</p> <p>Remarque 36 : Le niveau de turn-over des équipes doit alerter sur la qualité de la prise en charge des personnes accueillies.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>		<p>La mission a pu accéder aux dossiers administratifs des professionnels de l'établissement. Il est à noter que les dossiers sont structurés et organisés de manière parfaitement homogène. Les dossiers des professionnels en CDI, contrôlés de manière aléatoire, contiennent tous : un contrat de travail individuel signé, un extrait de casier judiciaire vierge</p> <p>En revanche de nombreux documents manquent :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les dossiers des professionnels en CDD contrôlés outre les pièces administratives [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<div style="background-color: black; height: 100px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>Les dossiers ne contiennent ni les fiches de fonction, ni d'attestation de formation.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e1f5fe; padding: 5px;"> <p>Remarque 37 : Les dossiers administratifs des professionnels en CDI et en CDD ne sont pas rigoureusement tenus et à jour.</p> <p>Remarque 38 : En l'absence de diplôme dans les dossiers, la mission ne peut s'assurer de la qualification des professionnels</p> </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #ffe0b2; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 18 : Des professionnels ne sont pas qualifiés [redacted] ce qui contrevient aux dispositions des articles D.451-41 et D.451-73 du CASF.</p> </div>
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>Les intervenants/prestataires externes</u>		<p>Aucun des éléments transmis ne laisse supposer l'intervention de professionnels de santé libéraux [redacted]</p> <div style="background-color: black; height: 100px; width: 100%;"></div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Diverses collaborations avec des partenaires médico-sociaux existent [REDACTED]
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>Le plan de formation des professionnels</u>		<p>L'établissement a communiqué ses plans de développement des compétences (PDC) pour les années [REDACTED], ainsi qu'une synthèse des formations ayant eu lieu en [REDACTED] en [REDACTED], et le PDC budgété pour [REDACTED].</p> <p>Afin de soutenir la formation continue de ses professionnels, la FAA a également développé son propre centre de formation des apprentis ([REDACTED]).</p> <p>[REDACTED] personnes ont été formées en [REDACTED] et [REDACTED] personnes, en [REDACTED].</p> <p>Les formations ont porté sur la sécurité au travail (sauveteur secourisme ; formation incendie ; [REDACTED] sur le handicap psychique (accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques ; conduites addictives ; premier secours en santé mentale ;...), sur l'autisme (gestion des comportements problèmes ; supervision TSA ;...), sur l'analyse de pratiques professionnelles, sur les diplômes et certifications du secteur médico-social [REDACTED].</p> <p>Des mini-formations sont organisées en interne :</p> <p>Approche TSA par la psychologue – formation sur l'utilisation des jeux éducatifs en [REDACTED] approche du public spécifique TSA en [REDACTED].</p> <p>Accompagnement à la prise de médicaments - formation à la distribution des médicaments des encadrants TSA s'adressant aux AS, AMP et AES, [REDACTED].</p> <p>Le plan de développement des compétences [REDACTED] approuvé fait état des formations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premier secours en santé mentale (pôle TP) – [REDACTED] - Groupe analyse des pratiques (pôle TP) - [REDACTED] - PECS (niveau 1) TSA- [REDACTED] - Équipe TP- savoir-être et savoir-faire face à des personnes présentant des troubles psychiques – [REDACTED] - Équipe TSA- modèle Accompagnement adapté au fonctionnement des adultes- [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ?	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision TSA - [REDACTED] - Équipe TSA - comprendre, prévenir et gérer les comportements problématiques- [REDACTED] - Droits des usagers-évaluation externe - [REDACTED] - TP - Gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité- [REDACTED] ; - AFGSU 1 et 2 ; - Formation prise en compte de la dimension intime, amoureuse, sexuelle des personnes accompagnées (équipe TP) - [REDACTED] - Sécurité incendie Personnes chargées d'évacuation- [REDACTED] - [REDACTED] <p>La mission relève l'absence de formations relatives à la bientraitance et aux événements indésirables. Cette information a été donnée lors d'entretien, avec toutefois une réflexion engagée depuis peu sur ces thématiques. À noter, en outre, l'absence de référent qualité et bientraitance au sein de l'EAM.</p> <p>Par ailleurs la mission constate l'absence de prévision de formation qualifiante, alors que l'établissement compte de nombreux professionnels éducatifs non diplômés.</p> <p>Aussi, la mission s'interroge sur cette situation et encourage l'établissement à faire évoluer via un plan de qualification ces catégories de professionnels à l'avenir.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 39 : La mission relève l'absence de formation des équipes sur les modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #ffe6e6; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 19 : L'absence de formation sur la bientraitance ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques (Article L. 119-1 du CASF).</p> </div>

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>		<p>La mission n'a pas été destinataire d'une procédure d'accueil des nouveaux professionnels. Des livrets d'accueil et d'intégration du salarié et du stagiaire professionnel sont en cours d'élaboration (il en est fait mention dans les projets de services TSA et TP non validés).</p> <p>Lors de l'embauche ([REDACTED]) il est précisé « [REDACTED] »</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 40 : L'EAM ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouveau professionnel.</p> <p>Remarque 41 : L'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de prise en charge des usagers.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.12. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u></p> <p>Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que :</p> <p>- Réunions Direction/professionnels,</p>	Choisir	<p>Il s'avère par ailleurs que les professionnels ne disposent pas tous d'un accès [REDACTED] au logiciel de transmission : ainsi, certains salariés - qui n'en disposent pas - ne peuvent donc pas rédiger, sur ce logiciel, leurs transmissions ni consulter les transmissions de leurs collègues.</p> <p>Remarque 42 : Les professionnels ne disposent pas tous d'un accès au logiciel, pouvant conduire à une fragilisation de la chaîne de transmission.</p> <p>Des réunions sont organisées au niveau de l'établissement (cf. pré-projet) , à savoir :</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.13. <u>L'organisation générale et plannings des professionnels</u>		<p>Remarque 43 : La mission s'interroge quant à la formalisation des comptes-rendus des diverses réunions organisées et à leur mode de diffusion auprès des professionnels.</p>
			<p>La mission n'a pas eu communication d'un document portant sur l'organisation générale des plannings.</p> <p>[Redacted]</p> <p>La mission ne peut donc apprécier et dire si les plannings réalisés et prévisionnels sont cohérents avec une organisation dont elle n'a connaissance.</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<div data-bbox="1256 252 2150 316" style="background-color: black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div data-bbox="1256 323 2150 448" style="background-color: black; height: 78px; width: 100%;"></div> <div data-bbox="1256 456 2150 549" style="background-color: black; height: 58px; width: 100%;"></div> <p data-bbox="1256 563 2150 655">La mission ne peut identifier, en l'absence d'un professionnel d'une unité, l'agent le remplaçant, situation susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers.</p> <div data-bbox="1256 711 2150 927" style="background-color: black; height: 135px; width: 100%;"></div> <div data-bbox="1256 935 2150 1366" style="background-color: black; height: 270px; width: 100%;"></div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Au regard du planning adressé, la mission a tenté d'identifier et de comprendre l'organisation mise en place la nuit. [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 44 : Le planning des professionnels est difficilement lisible et compréhensible, et incomplet dans sa présentation.</p> <p>Écart 20 : Les plannings ne permettent pas de s'assurer au quotidien de la présence du personnel attendu par pôle et par unité, aux fins de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1° du CASF.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.14. <u>Les fiches de poste des professionnels</u>		<p>Les dossiers administratifs des professionnels n'intègrent pas de fiche de poste ; les salariés de l'établissement ne semblent pas disposer d'une fiche de poste nominative et signée.</p> <p>Remarque 45 : Les salariés ne disposent pas de fiche de poste nominative.</p> <p>Des fiches de fonction existent néanmoins et plusieurs ont été transmises à la mission : [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p data-bbox="1256 248 2159 469">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1256 480 2159 539">Dans leur contenu, les fiches de postes sont bien réalisées et structurées et développent les points suivants :</p> <p data-bbox="1256 550 2159 609">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1256 620 2159 679">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1256 691 2159 750">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1256 761 2159 820">[REDACTED]</p> <p data-bbox="1256 831 2159 906">Ces fiches de fonctions développent les informations relatives à l'ensemble des ESMS [REDACTED] et ne précisent pas les horaires de travail ou les modalités pratiques d'exercice.</p> <p data-bbox="1256 917 2159 992">Remarque 46 : Les fiches de fonction ne sont pas déclinées en fiches de postes, adaptées à la réalité concrète de l'établissement.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.15. <u>Les glissements de tâches</u>		<p data-bbox="1256 1045 2159 1136">Il a été indiqué lors d'entretien, aux membres de la mission, que [REDACTED] on contribue à aider [REDACTED] à faire des toilettes, par manque de personnel. Cette mission ne figure pas dans sa fiche de fonction.</p> <p data-bbox="1256 1153 2159 1262">Écart 21 : Les maîtresses de maison aident les aides-soignantes à faire des toilettes, ce qui n'est pas une de leurs missions et risque d'impacter la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 (1°) du CASF.</p>

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u></p> <p>Un registre unique du personnel est-il tenu à jour</p>	Non	<p>L'établissement tient un RUP depuis le [REDACTED].</p> <p>Les informations suivantes relatives aux professionnels y figurent : [REDACTED]</p> <p>La mission relève que les stagiaires n'y sont pas répertoriés. [REDACTED]</p> <p>Remarque 47 : La mission relève que le registre unique du personnel n'est pas à jour et dûment renseigné.</p> <p>Le RUP ne garantit pas les informations sur les professionnels.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u>		<p>Le registre n'a pas été mis en place sur l'établissement.</p> <p>Écart 22 : L'établissement ne dispose pas d'un registre des entrées et sorties coté et paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'Art. L331-2 du CASF.</p>
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le registre des présences quotidiennes</u>		<p>Un registre des entrées et sorties des usagers est présent à l'accueil. Celui-ci renseigne l'heure de départ et de retour ainsi que le lieu de la sortie. À la lecture du registre, des éléments de renseignements sont manquants. Les écritures des usagers ne sont pas lisibles.</p> <p>Remarque 48 : Le registre des présences quotidiennes ne sécurise pas suffisamment les sorties des résidents.</p>
2.3. Gestion d'information	2.2.4. <u>La complétude des dossiers médicaux</u>		Faute de médecin, la direction n'a pas continué à s'investir dans les obligations réglementaires en matière de soins, ce qui constitue une mise en danger des résidents.
	La traçabilité des interventions des professionnels de soins est-elle effective ?	Non	En l'absence de médecin présent actuellement dans la structure, les renseignements médicaux sont pratiquement inexistant dans le logiciel dédié.
	Synthèse médicale datant de moins de 1 an présente dans les dossiers médicaux	Non	
	DLU identifié classé ou possibilité d'édition du DLU ¹⁵ ?	Non investigué faute de médecin	
	Il existe un projet de soins dans un dossier médical/de soins, avec objectifs et échéances ?	Non	

¹⁵ Si urgence la nuit, DLU prêt ou édition extemporanée ? par qui ? Quels droits d'accès ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Existe-t-il un plan de soin individualisé ¹⁶ ? Cibles ou diagnostics infirmiers/soins Traçabilité des réalisations et possibilité d'édition du taux de réalisation Référént identifié ?		
	Il existe dans le dossier de soins un bilan de l'état buccal et dentaire du résident ? Dates des dernières mises à jour ?	Non	
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur ¹⁷ ? Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ?	Non	
2.3. Gestion d'information	2.2.5. <u>Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</u> L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ?	Partiellement	Les dossiers informatisés des patients, gérés à l'aide du logiciel dédié bénéficient des fonctions de sécurisation des accès de ce logiciel, a priori satisfaisantes. Mais d'une part, en l'absence de présence médicale suffisante dans l'établissement, et du fait du grand nombre de personnels intervenant à titre temporaire [REDACTED] [REDACTED] chacun ne dispose pas toujours d'un identifiant et d'un mot de passe personnel, ce qui constitue un risque de mésusage et de mauvaise sécurisation des données.
	Tenue du dossier médical : supports synthèse d'entrée, traçabilité des consultations, bilans et examens complet régulier ? ordonnances à jour ? codes nominatifs ? Contenu, mises à jour, synthèses, suivi	Non	En l'absence de médecin généraliste et de médecin psychiatre présent dans l'établissement, le contenu des dossiers médicaux est très insuffisant et n'est pas tenu à jour avec la rigueur nécessaire.

¹⁶ Edition du plan de soin d'une IDE, d'une AS, d'une AES, d'une veilleuse pour la semaine en cours

¹⁷ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Dossiers informatisés et papiers Biologie et radiologie Ordonnances		
	2.2.6. <u>Le dossier de soins</u>		
	Dossier paramédical ? Diagnostic infirmier ? Utilisé par tous les PDS ? Codes nominatifs ?		
	Pour les dossiers informatisés : la liste des droits d'accès est-elle formalisée et respectée ? (voir charte d'utilisation) Matrice d'accès différenciés aux dossiers en fonction de la catégorie professionnelle ?		
2.3. Gestion d'information	2.2.7. <u>Le support et le contenu des observations des intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux</u> Les observations et bilans des intervenants extérieurs sont-ils tracés dans les dossiers des usagers ?	Choisir	

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieur et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u> Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?	Partiellement	Bien que récent, l'établissement présente des désagréments (chasse d'eau défectueuse, absence de chauffage par exemple) pour les résidents qui ne sont pas pris en charge par la direction. Le registre des présences quotidiennes ne sécurise pas suffisamment les sorties des résidents.
2.4. Bâtiments, espace extérieur et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u> Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Non	Lors de la visite de l'unité TP du FAM, plusieurs dalles de faux plafond sont manquantes ou mal positionnées et prêtes à tomber. Les systèmes de détection incendie et les câbles électriques sont à repositionner. La porte d'une gaine technique n'est pas fermée à clé. Une porte coupe-feu était au sol dans l'unité TP. Des panes d'eau dans les salles de bain et WC des résidents sont citées par un résident le jour de l'inspection et observées dans des transmissions sur plusieurs dossiers de résidents. Des WC de résidents sont restés bouchés pendant plusieurs jours au mois de février. Une panne de chauffage dans l'ensemble du FAM a été signalée le WE du [REDACTED] Aucun EIG en lien avec ces dysfonctionnements n'a été déclaré aux autorités de tutelles. Remarque 49 : L'organisation des réparations et les petits travaux n'est pas assurée au jour de l'inspection.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>L'accessibilité PMR des locaux</u> Les locaux sont-ils conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de :		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ?	Oui	Les locaux sont adaptés à l'accueil des personnes à mobilité réduite, les espaces sont spacieux, des mains courantes sont installées dans les couloirs ainsi que des espaces pour s'asseoir.
	- Circulations verticales : ascenseurs... ?	Oui	
	Y a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes ...) adaptée aux handicaps des personnes accueillies ?	Oui	

2.4. Locaux et équipements

L'établissement dispose d'un bâtiment neuf, conçu en trois blocs de deux étages, dans lesquels sont répartis

- Les unités d'hébergement du pôle Troubles psychiatriques (TP) nommés par [REDACTED]
- Les unités d'hébergement du pôle Troubles du spectre autistique (TSA) nommés par des [REDACTED]
- Les services administratifs, médicaux et logistiques [REDACTED]).

Cependant, cette architecture génère une impression de plusieurs établissements juxtaposés, impression qui a été confirmée lors des entretiens.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieur et équipement	2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u>		Des locaux collectifs sont disponibles pour la réalisation d'activités de loisir et sportives ; salle de sport, salle informatique, salle d'activités, salle d'esthétique. Le jour de l'inspection, toutes les salles étaient inoccupées, elles n'étaient pas décorées et aménagées et ne semblent pas investies. La cuisine thérapeutique selon les échanges est utilisée par l'équipe de nuit qui y stocke des aliments dans les placards et le [REDACTED] Les espaces et l'électroménager sont sales. Les offices alimentaires des unités disposent de produits ménagers entreposés dans des placards non sécurisés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Remarque 50 : La cuisine thérapeutique présente des aliments périmés et des espaces sales dont du matériel électroménager non entretenu. Les produits ménagers des offices de restauration des unités ne sont pas sécurisés sous clé.</p>
	<p>2.4.2. Les chambres Équipement de la chambre ?</p>		<p>Les nom et prénom, et parfois une photo du résident, sont affichés sur sa porte de chambre. La chambre dispose d'un lit, d'un chevet et d'une penderie. Les résidents peuvent aménager et personnaliser leur chambre.</p>
	Sécurités (fenêtres)		<p>Les fenêtres des chambres sont équipées d'un rail limitant l'ouverture, afin d'éviter le passage d'une personne. Des stores électriques sont installés aux fenêtres. [REDACTED]</p>
	Sanitaires et salles de bain individuels		<p>Chaque chambre dispose d'une salle de douche individuelle équipée d'une douche PMR avec barre d'appui, d'un WC et d'un lavabo.</p> <p>Lors de la visite, il est constaté que la chasse d'eau de la chambre [REDACTED] est cassée. [REDACTED]</p> <p>Remarque 51 : Des pannes d'eau dans les douches et WC des résidents sont signalées et observées.</p>
	Sanitaires et salles de bain communs		<p>Des sanitaires mixtes sont mis à disposition des résidents sur les unités [REDACTED]. Plusieurs cuvettes et brosses de toilette sont encrassées. Dans un des WC le distributeur de papier toilette est au sol. Les unités disposent de salles de bains thérapeutiques équipées d'une baignoire de balnéothérapie, d'un lavabo et d'un espace de douche aménagé d'un paravent. Du matériel de soin du corps est mis à disposition.</p> <p>Dans les WC communs, les cuvettes et brosses de toilette sont noires et le distributeur posé au sol font apparaître un manque de suivi de l'entretien des locaux, un défaut de contrôle de l'hygiène et des petits travaux.</p> <p>Remarque 52 : Dans les WC communs, les cuvettes et brosses de toilette sont noires et le distributeur posé au sol font apparaître un manque de suivi de l'entretien des locaux et des petits travaux ainsi qu'un défaut de contrôle de l'hygiène</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Système d'appel malade : description, reports, fonctionnel, traçabilité des appels, audits réguliers, action corrective pour non-réponses identifiées		LE FAM ne dispose pas de système d'appel malade dans les espaces.
	Accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie		Des salles sont dédiées aux activités dans les unités. Des espaces collectifs (musique, jeux et TV) sont délimités et disposent de mobilier et de matériel. Le jour de l'inspection, aucune activité en cours de réalisation n'a été vue.
2.4. Bâtiments, espace extérieur et équipement	<p>2.4.3. <u>La circulation dans les locaux</u></p> <p>Les couloirs utilisés par les usagers sont-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plus spacieux possibles, - Dépourvus de piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles ; - Constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol. 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>L'ouverture principale du FAM dispose de portes automatiques. Les portes des unités sont sécurisées par un badge. [REDACTED]</p> <p>Remarque 53 : Le personnel vacataire ne dispose pas de badge pour accéder aux unités du FAM.</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>2.4.4. <u>La salle d'apaisement</u></p> <p>La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait et l'apaisement des usagers ?</p>	Oui	<p>Une salle sensorielle est disponible au pôle TP, elle est équipée de banquettes, les résidents peuvent y venir avec un oreiller et une couverture. Du matériel sensoriel [REDACTED] est mis à disposition avec des fibres optiques, une colonne lumineuse, un tableau sensoriel à textures différentes et un ballon de gymnastique.</p> <p>Le pôle TP dispose d'une salle d'apaisement capitonnée aux murs et au sol. L'ouverture de cette salle ne se fait que par une poignée extérieure. [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Un protocole d'utilisation de la salle d'apaisement, validé par la direction présente en [REDACTED] (chef [REDACTED] indique une mise en application en [REDACTED]. D'après les échanges, la salle d'apaisement n'est pas utilisée.

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. <u>Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)</u>		La mission n'a pas été destinataire du DUERP. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e1f5fe; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Remarque 54 : Le nombre d'accidents du travail est conséquent sur le pôle TSA, impactant la prise en charge des usagers accueillis. </div> <div style="background-color: black; height: 180px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
2.5. Sécurités	<p>2.5.2. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u></p> <p>Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ?</p> <p>Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ?</p> <p>Le marquage des DASRI est-il conforme ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>Lors de la visite d'inspection, la mission a été en mesure de constater la présence, en nombre et places convenables des contenants adaptés pour les déchets d'actes de soins à risque infectieux. La mission a cependant relevé dans certains cas que les récipients pour objets piquants ou tranchants [REDACTED] qui avaient été mis en service ne portaient pas systématiquement la date de mise en service et/ou les coordonnées d'identification de l'établissement.</p> <p>Certains contenants sont convenablement étiquetés avec leur date de mise en service et les coordonnées de l'établissement, mais pas tous.</p>
2.5. Sécurités	<p>2.5.3. <u>Les vaccinations des usagers</u></p>	<p>Non</p>	<p>En l'absence de médecin présent dans l'établissement, cet important aspect de la prise en charge n'est pas correctement pris en compte dans l'établissement.</p>
2.5. Sécurités	<p>2.5.4. <u>L'aide à la prévention des chutes</u></p>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Des installations de lève-personne, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmierie ? Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : -barres d'appui systématiques - sièges fixes ?	Oui	
2.5. Sécurités	2.5.5. <u>La prévention des fugues</u> La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues adapté à l'âge du jeune ?	non investigué	
2.5. Sécurités	2.5.6. <u>PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</u> Le PV de la commission émet-t-il un avis favorable ? Le cas échéant, les recommandations ont-elles été levées ?	Oui Non	Une visite de la commission communale de sécurité a été effectuée le [REDACTED] dont le PV, daté du [REDACTED] a été communiqué à la mission. Il conclut à un avis favorable à la poursuite de l'exploitation [REDACTED]

3. Prises en charge

Une grande partie des dysfonctionnements qui émaillent la vie de l'établissement et dégradent excessivement la qualité et la sécurité des résidents découle de l'absence de médecin généraliste et de médecin psychiatre dans l'établissement.

La qualité de l'accompagnement médico-social passe également par l'implication des chefs de service des deux Pôles, dont les missions sont notamment le repérage et le suivi des EIG, le repérage des formations nécessaires pour les professionnels, et la construction du planning d'activité en cohérence avec le profil des publics accueillis. .

Or le FAM n'a pourvu que [REDACTED] postes de chefs de service éducatifs [REDACTED] alors que le budget prévisionnel intégrant la monter en charge complète prévoyait [REDACTED] chefs éducatifs ([REDACTED])

Le profil particulier des résidents du pôle « troubles psychiatriques » et celui du pôle « Troubles du spectre autistique » nécessite sans contestation possible, selon les dispositions réglementaires applicables aux établissements d'accueil médicalisé¹⁸ [REDACTED] qu'un médecin généraliste et un médecin psychiatre figurent parmi l'équipe pluridisciplinaire¹⁹ pour y assurer plusieurs missions de coordination des soins au sein de l'établissement et/ou avec les praticiens extérieurs²⁰, de prévention et de surveillance générales de la santé physique et psychique²¹.

La mission considère que l'absence de présence médicale, que ne compensent pas les prestations de télémédecine souscrites par le FAM, est, d'une part, en partie à l'origine de réponses inadaptées aux troubles du comportement que peuvent présenter les résidents, et que d'autre part, ces troubles peuvent voir leur fréquence ou leur amplitude majorée par l'absence de réponse médicale adaptée, immédiatement et sur place.

¹⁸ Voir notamment le (7°) de l'article D. 344-5-3 du CASF relatif aux **dispositions générales sur la qualité et la continuité de l'accompagnement** :

« Pour les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent, les établissements et services mentionnés à l'article D. 344-5-1 : (...) 7° Assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins ; »

¹⁹ Voir également le (1°a), ainsi que (2°a) de l'article D. 344-5-13 du CASF définissant la **composition de l'équipe pluridisciplinaire** d'un EAM :

« 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 ; (...)

2° Selon les besoins des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, des membres des professions suivantes :

a) Psychiatre ;

b) Autres médecins qualifiés spécialistes ; (...)

²⁰ Voir aussi le (5°) de l'article D.344-5-5 du CASF relatif au **projet d'établissement ou de service** : «

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

5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. (...)

²¹ Ainsi que, notamment, le (3°) de l'article D. 344-5-11 du CASF, précisant les exigences relatives à l'**accompagnement individualisé des résidents** :

« La composition et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire permettent la réalisation de chaque accompagnement individualisé défini dans les contrats de séjour, en cohérence avec le projet d'établissement ou de service.

À ce titre, l'équipe pluridisciplinaire : (...)

3° Assure une fonction générale de prévention et de surveillance de la santé physique et psychique ; (...)

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.1. L'admission</p> <p>Politique d'admission : existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?</p> <p>LE FAM utilise-t-il le dossier unique d'admission usager ? Si non, pourquoi ?</p> <p>Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ?</p> <p>Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?</p> <p>Existe-t-il une commission d'admission ?</p> <p>Si oui, sa composition et sa fréquence ou modalités d'organisation ?</p> <p>Si non, l'admission est-elle prononcée après avis des membres de l'équipe pluridisciplinaire ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Des demandes sont parfois refusées sans motif, et sans retour aux familles ni aux partenaires.</p> <p>Commission d'admission : Une commission d'admission devait se tenir le jeudi [REDACTED], jour de la visite d'inspection et a de ce fait été reportée. La précédente s'était tenue le 21 [REDACTED] et plusieurs dossiers n'avaient pu être valablement étudiés, en l'absence, depuis plusieurs mois, des médecins (tant généraliste que psychiatre), dans l'établissement.</p> <p>Ceci a permis à la mission de rencontrer la [REDACTED] de la FAA, fortuitement présente le jour de l'inspection.</p> <p>La mission n'a pas été destinataire d'une procédure d'admission formalisée.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>L'établissement a-t-il mis en place des critères propres d'admission ?</p> <p>Si oui ces critères sont-ils géographiques ?</p> <p>Lié à l'autonomie dans les transports ?</p> <p>Liés au comportement de l'usager ou à des motifs médicaux ?</p>		<p>Certains critères et le processus d'admission sont détaillés dans la convention signée entre la FAA et les établissements hospitaliers [REDACTED] :</p> <p>« La commission d'admission du FAM [REDACTED] se réunit mensuellement. Elle étudie et statue sur les demandes d'admission qui sont transmises. Afin que LE FAM puisse rendre une décision d'admissibilité ou non d'un patient/ futur résident, le dossier doit contenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dossier unique de demande d'admission complété de la manière la plus exhaustive possible, - Un dossier médical ; - Un dossier de soins complets incluant les évaluations somatiques et psychiatriques effectuées ; - Un dossier éducatif le cas échéant. <p>« En amont de chaque admission, une fois la date fixée, les équipes du [REDACTED] et de [REDACTED] s'engagent à rencontrer (en visioconférence ou en présentiel) l'équipe pluridisciplinaire du FAM [REDACTED] afin de transmettre toutes les informations actualisées relatives au patient/ résident pour garantir la qualité et la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement.</p> <p>L'objectif premier de ce temps d'échange étant la bonne communication des éléments nécessaires à une approche globale du patient / résident et des perspectives de soins.</p> <p>Le cas échéant, pour les patients/ résidents qui en auraient besoin, les Parties peuvent organiser une période d'adaptation en amont de l'admission.</p> <p>Ce processus d'admission est complété par une visite du FAM [REDACTED] par le patient/ futur résident afin de découvrir les lieux, puis d'un rendez-vous d'admission avec la direction du FAM, pour finir par l'entrée effective dans l'établissement. »</p>

<p>Bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne établi dès l'admission</p> <p>Les motifs de refus sont-ils notifiés aux familles ?</p> <p>Y a-t-il une visite de préadmission pour l'usager et sa famille ?</p> <p>Y a-t-il des séjours d'observation ? Un stage d'observation est-il proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission ?</p> <p>Réf. : HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », 2018 et HAS « Qualité de vie en MAS-FAM, volet 3 : Le parcours et les formes souples d'hébergement », 2014</p>	<p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>L'absence de médecin, tant généraliste que psychiatre, dans l'établissement, au moment de la visite d'inspection, depuis plusieurs mois, se traduit – notamment- par l'absence de bilan pluridisciplinaire dans les dossiers médicaux des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 344-5-11 du CASF</p> <p>Écart 23 : L'absence de bilan pluridisciplinaire à l'entrée des résidents contrevient aux obligations édictées à l'article D.344-5-11 du CASF22.</p> <p>Les résidents doivent avoir une notification d'orientation du CD 78 ou 92 et être porteurs d'un trouble TSA ou TP. La mission n'a pas identifié d'autres critères propres au FAM.</p> <p>Le tableau des refus d'admission remis correspond probablement à l'outil de suivi lors de l'ouverture du FAM [REDACTED] mais n'est plus ou peu utilisé. Il ne permet pas de suivre les motifs de refus récents: seuls [REDACTED] refus sont consignés depuis [REDACTED].</p> <p>Les 109 autres refus mentionnés [REDACTED] correspondaient principalement soit à des demandes admises entre temps dans un autre ESMS ([REDACTED]), soit à des profils ne pouvant être admis du fait du handicap ou du fait d'un plateau technique inadapté [REDACTED]</p> <p>Les courriers de refus d'admission transmis , à l'exception d'un seul en [REDACTED]</p> <p>Remarque 55 : L'absence d'envois de courriers de refus d'admission depuis aout 2022 est en lien avec l'absence de procédure d'admission.</p> <p>Des résidents peuvent bénéficier de périodes d'observation. [REDACTED]</p> <p>Remarque 56 : L'absence de procédure d'admission précise ne favorise pas la qualité des prises en charge des résidents entrants.</p>
<p>3.1.2. <u>Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »</u></p>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	La structure participe-t-elle à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) pour l'élaboration de piste d'actions individualisées pour des usagers sans solution ou pour des usagers dont la situation est complexe ?	Partiellement	La Pilote Mission Coordination Parcours Handicap [REDACTED] du CD78 déclare n'avoir « quasiment pas de lien avec LE FAM : il est convié aux [REDACTED] et a répondu aux rares invitations au [REDACTED] ».
	La structure reçoit-elle des dossiers d'admissions issu d'un plan d'accompagnement global (PAG), faisant suite aux GOS, pour les usagers sans solution ?	Oui	Quelques résidents ont ou sont encore accompagnés par des [REDACTED] Au jour de l'inspection, les transmissions quotidiennes sur le logiciel métier décrivent l'accueil d'un résident TSA en particulier. Ce résident est en externat et accompagné en individuel par l'animateur d'un [REDACTED] partenaire en vue d'une admission en internat.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.3. <u>Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour</u></p> <p>Un DIPC est élaboré à l'admission de l'utilisateur ?</p> <p>Contenu conforme :</p> <p>1° Tient compte de la situation spécifique des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, de leur projet de vie et de leur famille ;</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Le modèle de contrat de séjour fourni prévoit une annexe, co-signée, pour y indiquer l'individualisation des prestations [REDACTED]</p> <p>Un modèle de contrat pour les séjours temporaires ou séquentiels [REDACTED] est également remis à la mission et permet également d'être personnalisé. Les informations éventuellement recueillies ne sont pas reportées sur le logiciel métier. Aucune trace des parcours de vie des résidents récemment admis n'est observée sur le logiciel.</p> <p>[REDACTED] l'établissement accueille des résidents 'non-verbaux' qui communiquent par la langue des signes, sans nécessairement les accompagner par des salariés maîtrisant ce mode d'expression, ce qui ne respecte pas l'exigence d'une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des personnes accueillies, prévue au (3°) de l'article L. 311-3 du CASF²²</p>

²² **Extrait de l'article L. 311-3 du CASF :** « L'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; (...)

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>2° Détaille les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge ;</p> <p>3° Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant.</p> <p>La participation et le consentement de l'usager sont recherchés lors de l'élaboration du DIPC ? (Signature de l'usager ou son représentant légal)</p>	Partiellement	<p>Écart 24 : La direction ne garantit pas toujours aux résidents qu'il accueille un mode de communication adaptée avec les personnes chargées de leur prise en charge, ce qui contrevient aux exigences du (3°) de l'article 311-3 du CASF.</p> <p>La mission n'a pas été en mesure de vérifier dans quelle mesure les contrats sont bien cosignés, les dossiers des résidents sur Dédiène le précisant pas.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.4. Le livret d'accueil</p> <p>Un livret d'accueil est-il remis à l'usager et/ou son représentant légal ?</p> <p>Le livret d'accueil comprend-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La charte des droits et libertés de la personne accueillie ; 	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Un livret d'accueil spécifique au FAM de Becheville mentionne une équipe médicale et paramédicale</p> <p>[REDACTED] Au jour de l'inspection et ce depuis l'ouverture du FAM plus de 3 ans auparavant, les avis médicaux ne sont assurés qu'en téléconsultation.</p> <p>Remarque 57 : La description de l'équipe médicale du livret d'accueil du FAM de Becheville est contredite par la réalité, depuis l'ouverture en 2021, de l'établissement.</p> <p>Le livret d'accueil du FAM de Becheville annonce la remise, en annexe :</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- Le règlement de fonctionnement ;</p>	Oui	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Le règlement de fonctionnement (RF) du FAM de Becheville, daté [REDACTED], indique qu'il devra être révisé [REDACTED].</p> <p>En outre, ses dates de validation par la direction générale de la FAA et par le CVS ne sont pas renseignées.</p>
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.5. Les médecins traitants</p> <p>Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?</p>	<p>Non</p>	<p>La liste des [REDACTED] médecins traitants des usagers a été fournie à la mission, avec leurs coordonnées.</p> <p>En l'absence de médecin généraliste et psychiatre salarié de l'établissement, le suivi médical des résidents reste - autant que possible - assuré par le médecin qui suivait le résident avant son admission (en psychiatrie, le médecin de son secteur d'origine). À titre très accessoire, et lorsque l'état du résident le rend possible, des avis peuvent être obtenus par téléconsultation [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Cette disponibilité très insuffisante de temps médical nuit à l'évidence à la qualité et à la sécurité des prises en charge et contribue à l'évidence à la majoration des troubles du comportement dans l'établissement, déplorés par les familles et les personnels.</p>
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.6. Les transmissions inter équipes</p> <p>Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ?</p> <p>Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Dans les projets de service des pôles TP et TSA sont mentionnées des transmissions éducatives quotidiennes, animées par les coordinateurs d'accompagnement et les IDE et réunissant chaque équipe éducative [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3.1.7. Relations avec la MDPH		
	<p>Les relations avec la MDPH sont-elles institutionnalisées ?</p> <p>Y a-t-il un interlocuteur identifié au sein de la structure ?</p> <p>Existe-t-il des échanges informels (mails, téléphones) entre la MDPH et l'établissement sur la situation de certains adultes ?</p>		<p>Les principaux échanges avec les CD se déroulent dans le cadre du dialogue de gestion et du suivi mensuel de la montée en charge de l'ESSMS.</p> <p>Les MDPH du CD78 et du CD 92 déclarent ne pas avoir eu d'échanges spécifiques sur la situation de certains résidents du FAM [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>
	<p>Participez-vous à la CDAPH ?</p> <p>La MDPH vous a-t-elle saisi cette année pour participer à un groupe opérationnel de synthèse ?</p> <p>Avez-vous proposé un dossier de situation complexe à étudier en GOS ?</p>		<p>Le FAM ne participe à aucune des deux CDAPH.</p> <p>Il a participé en 2023 aux [REDACTED] et à 2 sur les 5 GOS de 2024. Il ne sollicite pas la MDPH-92 pour des demandes d'aide à l'accompagnement de situations complexes.</p> <p>Le FAM a également répondu aux quelques invitations du [REDACTED] de la MDPH-78.</p> <p>Le FAM a peu de liens avec les [REDACTED] 78 et 92, qui ne lui orientent actuellement pas de situations au regard des remontées d'EI et EIG, déclarés, ou non [REDACTED]</p>

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p>3.2.1. Les outils d'évaluation</p> <p>Quelles sont les modalités et outils/échelles d'évaluation des besoins, des capacités et de l'autonomie des usagers ?</p>		<p>Le nombre d'observations professionnelles tracées sur le logiciel métier est en forte diminution : seules [REDACTED] observations professionnelles sont tracées [REDACTED], [REDACTED] observations en [REDACTED]. Les [REDACTED] des observations sont rédigées par les psychologues.</p> <p>Écart 25 : L'absence de traçabilité d'évaluations des besoins, des capacités et de l'autonomie des résidents contrevient à l'Art.L311-3 (3°) du CASF.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.2. <u>Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :</u> Chaque usager a un projet individualisé d'accompagnement ?	Non	Au jour de l'inspection, [REDACTED] des résidents ont un PPA (plan personnalisé d'accompagnement). Parmi les [REDACTED] PPA repérés auprès des [REDACTED] résidents : <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] seul PPA est en statut rédigé, - [REDACTED] PPA sont en statut construction, - [REDACTED] PPA sont en statut archivé (au-delà de date de clôture indiquée [REDACTED]) Des disparités sont observées : <ul style="list-style-type: none"> - Entre les deux pôles : <ul style="list-style-type: none"> o [REDACTED] résidents sur [REDACTED] résidents du pôle TP ont un PPA, [REDACTED] o [REDACTED] résidents sur [REDACTED] résidents du pôle TSA ont un PPA, [REDACTED] o Seuls [REDACTED] résidents sur les [REDACTED] résidents du [REDACTED] étage du pôle TSA ont un PPA. [REDACTED] [REDACTED] PPA sont en statut construction et [REDACTED] PPA en statut archivés [REDACTED] <ul style="list-style-type: none"> - Entre les contenus des PPA observés : certains PPA décrivent précisément le parcours, les attentes et souhaits, les opportunités/freins et détaillent des objectifs et déclinent des sous-objectifs ; d'autres PPA en revanche sont parcellaires allant même jusqu'à ne citer aucun ou un seul objectif [REDACTED] Les PPA étudiés sur logiciel ne sont pas signés. La mission n'a pas eu accès aux PPA en format papier pour vérifier leur signature. L'autoévaluation de l'établissement, effectuée avec l'aide du cabinet prestataire en [REDACTED], signalait déjà que « l'ensemble des PPA ne sont pas faits ou pas à jour » [REDACTED]
	Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ? <u>Article D344-5-11</u> (bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne avec actualisation dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur)	Non	La direction annonce désormais que le calendrier de mise à jour des PPA devrait permettre à [REDACTED] d'atteindre les [REDACTED] de PPA des résidents [REDACTED]. Un calendrier pour chaque pôle est transmis à la mission. La plupart des dates d'ouvertures de saisie de PPA sont observées :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>- deux ans après l'admission des résidents du pôle TSA</p> <p>- dans l'année qui suit l'admission des résidents du pôle TP (À noter que près de [REDACTED] résidents porteurs de TP a déjà renouvelé un PPA.)</p> <p>[REDACTED] du modèle de contrat de séjour stipule pourtant que LE FAM s'engage, dans les six mois après l'admission à élaborer un projet personnalisé, co-construit avec la personne et son entourage selon ses souhaits fera l'objet d'un avenant au présent contrat de séjour et sera actualisé tous les ans.</p> <p>Écart 26 : Les PPA des résidents, en particulier ceux du Pôle TSA, ne sont pas en place pour près d'un résident sur deux. Les PPA existants des résidents ne sont pas réévalués systématiquement ce qui contrevient aux articles D 344-5-10 et 11 du CASF.</p>
	Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ?	Partiellement	Les PPA ne mentionnent pas tous des référents (ex: A.O, M.J.).
	Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ?	Partiellement	Des parents interrogés ont déclaré avoir été surpris d'être sollicités pour signer pour la première fois récemment le PPA de leurs enfants résidents dans le Pôle TSA depuis plusieurs années au FAM. Ils déclarent également ne pas avoir été associés jusqu'ici pour co-construire le PPA de leur enfant porteur de TSA et non verbal.
	Existe-t-il des réunions de synthèse régulières ?	Non investigué	La mission a toutefois été destinataire de plusieurs mails d'invitation des familles pour échanger sur le PPA de leur enfant résident.

3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.1. <u>Les personnes qualifiées départementales</u>		
	Une liste départementale de personnes qualifiées est-elle à disposition des usagers et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	Oui	Le livret d'accueil du FAM [REDACTED] annonce la remise, en annexe, d'une liste des personnes qualifiées et décrit les conditions de recours à ce médiateur.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. <u>La personne de confiance des usagers</u>		
	Les usagers et les familles sont-ils informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP) ?	Oui	<p>L'annexe 2 du modèle de contrat de séjour prévoit d'y reporter la désignation de la personne de confiance du résident et au sens du CASF Art D 311-1-4 et du Code de la Santé Publique Art L1111-6.</p> <p>L'annexe du contrat ne permet pas de préciser que le résident qui ne souhaite pas désigner de personne de confiance a pourtant bien été informé.</p> <p>Écart 27 : L'absence de preuve d'information dans le contrat des résidents ne répond pas à l'obligation du D311-0-4 du CSAF.</p>
	Les personnes de confiance sont-elles identifiées, dès l'admission, dans le dossier des usagers ?	Oui	<p>[REDACTED]</p> <p>Écart 28 : La désignation de la personne de confiance n'apparaît pas sur le dossier informatisé du résident ce qui contrevient à l'Art. 311-4 (alinéa 4) du CASF.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.3. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u>		<p>Depuis la prise de fonction de la cadre de santé actuelle [REDACTED] [REDACTED] les précautions d'identitovigilance ont été notablement renforcées : en particulier des photographies des résidents sont présentes sur leurs fiches de délivrance des médicaments, ainsi que sur les casiers individuels dans lesquels sont rangés les médicaments de chacun des résidents.</p> <p>Ces précautions sont d'autant plus nécessaires qu'une partie notable des postes des soignants sont occupés par des vacataires ou des remplaçants, qui ne connaissent pas nécessairement, tous ou toutes, les résidents et que leurs troubles psychiatriques majeurs ou leurs troubles du neurodéveloppement ne permet pas de se reposer sur ce qu'ils répondraient, le cas échéant, aux questions des soignants.</p>

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	<p>3.4.1. <u>Relations avec les familles</u></p> <p>Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?</p>	Partiellement	<p>Au moins une rencontre festive par Pôle a été proposée en [REDACTED] :</p> <p>Ateliers activités partagés avec les résidents du pôle TSA [REDACTED]</p> <p>Déjeuner de réveillon sur le pôle TP [REDACTED]</p> <p>Par ailleurs, une réunion pour les familles des [REDACTED] s'est déroulée le [REDACTED] en présence de la direction générale de la FAA pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter les [REDACTED] projets de service, • Annoncer la désignation d'interlocuteurs privilégiés

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ?</p> <p>Y-a-t-il un moyen de communication entre la structure et les familles (cahier de liaison, réunion, mail, journée à thème, journée portes ouvertes aux familles, ...)</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>L'accompagnement des familles au jour de l'inspection est compromis par le turnover [REDACTED]</p> <p>Les besoins de relai de communication sont accentués sur le pôle TSA, un grand nombre de jeunes adultes résidents porteurs de TSA étant non verbaux. Il n'existe pas/plus de cahiers de liaison, au regret des parents. Plusieurs réclamations mentionnant la difficulté à joindre par téléphone un professionnel de l'unité de leur proche résident du FAM interrogent la mission.</p> <p>Le CR du CVS daté [REDACTED] indique que les familles des résidents présentant des TSA souhaiteraient pouvoir bénéficier d'informations supplémentaires sur l'accompagnement et les activités proposés à leurs proches [REDACTED]</p> <div data-bbox="1211 699 2134 834" style="border: 1px solid black; background-color: #e1eef6; padding: 5px;"> <p>Remarque 58 : La faible offre de moyens de communication facilitée pour les résidents porteurs de TSA ne favorise pas la qualité des relations entre le FAM et les familles, dont l'admission de leur enfant correspond souvent au départ du domicile familial.</p> </div> <p>Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ?</p> <p>Oui</p> <p>Un petit salon est observé sur le pôle TP. Des espaces sont possibles, la totalité des chambres n'étant pas occupée.</p>
<p>3.3. Vie sociale et relationnelle</p>	<p>3.4.2. Organisation de sortie extérieure</p> <p>La structure organise-t-elle des sorties extérieures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur une journée ; - Sur plusieurs jours ? 	<p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p>	<p>Des sorties [REDACTED] sont évoquées. Des sorties sont observées dans les transmissions plus anciennes et ne semblent pas d'actualité dans les semaines qui précèdent l'inspection.</p> <p>En [REDACTED] quelques séjours de transfert ont été possibles : [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	<p>3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u></p> <p>Y A-t-il des temps communs entre les différentes unités ?</p>		<p>Un transfert [REDACTED] est annoncé [REDACTED] pour le pôle TSA dans le CR du CVS du [REDACTED]. Toutefois aucune mention à ce sujet n'est observée dans les échanges et transmissions à l'issue de la mission d'inspection [REDACTED].</p> <p>La question n'a pas été abordée lors de la journée d'inspection.</p> <p>[REDACTED]</p>
	<p>Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ?</p>	Non	<p>[REDACTED]</p>
	<p>Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ?</p>	Non	<p>Aucune procédure n'est transmise. A noter que le plan des compétences [REDACTED] indique que les formations « à la prise en compte de la dimension intime, amoureuse, sexuelle des personnes accompagnées. » Sont reportées à [REDACTED], au motif de leur caractère non prioritaire. Le même projet de formation pour [REDACTED] professionnels avait pourtant été validé dans le plan des compétences [REDACTED]. Le PDC [REDACTED] remet à jour cet axe de formation : c'est le premier cité des [REDACTED] projets de développement des compétences dites « cœur de métier ». [REDACTED] professionnels sont prévus.</p>

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p>3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u></p> <p>Y a-t-il une organisation pour le transport : - Entre leur domicile et la structure ?</p>		<p>La convention transmise signée pour une période allant du [REDACTED], concerne la mise en place d'un transport matin et soir est destinée aux résidents des accueils de jour [REDACTED]</p> <p>Le FAM dispose par ailleurs de plusieurs véhicules pour transporter les résidents, dont [REDACTED]. La mission a été informée d'un manque de disponibilité de véhicules, ce qui fragilise beaucoup le déroulement des activités/sorties extérieures.</p>
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p>3.5.2. <u>Les activités</u></p>		<p>A noter que l'autoévaluation signée par le cabinet prestataire extérieur en mai 2024 mentionne déjà un « manque de traçabilité des activités menées (...) sous forme de comptes rendus intégrés au DUI via le logiciel Ogyris™. »</p> <p>Sur le pôle TSA :</p> <p>La mission n'observe aucun support d'informations affiché mentionnant un programme hebdomadaire complet d'activités. Les résidents ne semblent pas occupés au jour de l'inspection.</p> <p>La mise en place d'un planning d'activité sur le pôle TSA semble très récente, fragile (peu d'anticipation, manque d'organisation...) et marquée par un manque de réflexion sur les objectifs éducatifs que les activités doivent permettre d'atteindre.</p> <p>Des plannings sous format Excel™ sont cependant bien remis à la mission : les résidents sont tous mentionnés chaque jour de la semaine sur des créneaux 10h/11h30 et 14h30/16h30 ; des prises en charge individuelles sont également proposées dont la balnéothérapie, souvent en fin de journée.</p> <p>Lors du CVS du 10 octobre 2024, les représentants de famille font savoir que les familles des résidents TSA souhaiteraient pouvoir bénéficier d'informations supplémentaires sur l'accompagnement et les activités proposés à leurs proches.</p> <p>Un signalement émis par un partenaire daté de février 2025 décrit un « désœuvrement visible » des résidents.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>L'étude des transmissions des résidents ne décrit pas de participations à des activités au cours de la période d'inspection. Parallèlement de nombreux incidents liés à des troubles du comportement sont observés.</p> <p>La mission s'interroge sur la réalité d'une prise en charge socio-éducative effective au travers d'ateliers et d'animations.</p> <p>Sur le pôle TP :</p> <p>Un panneau d'activités décrit plusieurs animations quotidiennes chaque jour de semaine. Des participants sont positionnés sur des activités manuelles et des activités sportives. La mission observe en particulier une animation dite initiation à la langue arabe et qui semble rencontrer du succès au vu du nombre d'inscrits. La mission n'a pas été destinataire du projet d'animation ni de plannings sur supports informatiques (hormis le planning type de l'unité Mississippi)</p> <p>Il est mentionné dans le préprojet de service du pôle TP que « la constitution des groupes d'activités est décidée en amont lors des réunions d'équipe, sur la base des PAP. Les objectifs des activités/ateliers d'apprentissage sont conçus par les ES et mis en œuvre par les ME en lien avec les accompagnants. » Les noms des participants aux activités semblent toutefois positionnés par les résidents eux-mêmes en fonction de leurs souhaits.</p> <p>La traçabilité de participation aux activités est absente des dossiers de résidents, hormis l'activité piscine observée au jour de l'inspection pour 2 résidents.</p> <p>Les salles d'activité sont peu investies et ne semblent pas utilisées régulièrement. La salle de sport en particulier équipée de machines est déserte et il n'y a plus d'éducateur sportif depuis septembre 2024.</p> <p>Des plannings déclinés individuellement pour plusieurs résidents sont remis à la mission.</p> <p>Le décalage de l'offre d'activités entre les deux pôles, au détriment du pôle TSA, se retrouve dans le PP de présentation du CVS prévu le 31 10 2024 : 2 lignes de description des activités pour le pôle TSA par rapport à une trentaine de suggestions d'activités déclinées en 4 types d'ateliers (mémoire, festif, manuel et détente)</p> <p>Aucune convention partenariale d'animation à jour n'est remise à la mission hormis celle du passage des moutons le jeudi après-midi. Le devis d'équithérapie fourni à la mission a été établi après la visite d'inspection et n'est pas signé.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 59 : L'offre d'activités de chacun des pôles ne répond pas à un projet d'animation structuré pour favoriser la qualité de l'accompagnement socio-éducatif des résidents. L'absence de visibilité des activités proposées aux résidents du pôle TSA est particulièrement préoccupante.</p> </div>

3.6. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>3.6.1. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u> L'hygiène corporelle des usagers fait-elle l'objet d'une programmation, organisation ?</p>	Non	<p>Les plans de soin fournis sont extraits du logiciel. Ils font apparaître des soins programmés sur la journée pour le suivi et les alertes [REDACTED] ainsi que des soins à l'acte. Il n'a pas été fourni de programmation des aides à la personne et la traçabilité des aides n'apparaît pas sur les documents fournis.</p> <p>Écart 29 : L'absence de programmation, de suivi et de traçabilité de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne accompagnée contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF</p>
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p>3.6.2. <u>Le circuit du linge</u></p>		<p>Une procédure du siège sur le circuit du linge, datée [REDACTED], ainsi qu'un mode opératoire sur l'organisation du circuit du linge au FAM, daté de [REDACTED], ont été transmis.</p> <p>Le linge plat est entretenu [REDACTED]. Les vêtements du personnel sont entretenus par un prestataire de blanchisserie professionnelle. Les vêtements des résidents sont entretenus dans l'établissement. Une société sous-traitante met à disposition du FAM une salariée lingère au sein de leur buanderie du lundi au vendredi.</p> <p>Lors de la visite, des sacs de linge et des sacs poubelles contenant du linge plat sale sont entreposés au sol et non dans les chariots prévus à cet effet.</p> <p>Remarque 60 : Des sacs poubelles sont utilisés pour collecter le linge plat.</p> <p>Remarque 61 : Les sacs de linge sale sont entreposés au sol et non dans les chariots ad hoc.</p>

3.7. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.7.1. <u>La conception des repas</u></p> <p>Les repas des jeunes sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leur âge ?</p> <p>Les repas sont-ils préparés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur place - Par un prestataire de restauration collective ? <ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un contrat entre la structure et le prestataire ? <p>Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution (allergie, fausse route, sans porc, ...) ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Choisir</p> <p>Partiellement</p>	<p>[REDACTED]. Ce dernier reçoit des menus élaborés par un (ou une) diététicien(ne) et passe commande des fournitures pour préparer les repas sur place.</p> <p>Les encadrants des unités font remonter les dysfonctionnements au coordonnateur qui transmet [REDACTED]</p> <p>Une commission de menus est organisée par le FAM, [REDACTED]</p> <p>Les comptes rendus de deux commissions menus ont été fournis [REDACTED]. A la lecture de celui du [REDACTED], le FAM demande au sous-traitant de mettre en place comme prévu au contrat le projet [REDACTED] porté par le prestataire « <i>favoriser le plaisir de manger pour les résidents en situation de handicap</i> ».</p> <p>Il est indiqué également dans le même compte rendu, que certains soirs, les quantités mises à disposition par la cuisine sont trop justes et que les résidents ont faim. Ces points ont fait l'objet [REDACTED]</p> <p>Les goûters sont trop souvent des biscuits emballés de même variété, alors qu'il est prévu, dans le contrat le service, un produit céréalier [REDACTED] biscuit ou pâtisserie « fait maison » et [REDACTED] une viennoiserie ou pâtisserie « cuit sur place »</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.7.2. <u>Les salles de restauration</u></p> <p>Quels sont les horaires de repas et de collations ?</p> <p>Les périodes de jeun sont-elles inférieures à 12 h ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Les horaires des repas servis au FAM sont :</p> <p>Le Petit-déjeuner [REDACTED]</p> <p>Le Déjeuner de [REDACTED]</p> <p>Le Goûter : entre [REDACTED]</p> <p>Le Diner [REDACTED]</p> <p>Collation du soir : pas d'information</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.3. <u>Les régimes, textures</u>		Le chef-cuisinier dispose, en plus des menus de la semaine, d'un second document papier établi chaque semaine par l'établissement, pour lui préciser pour chaque résident le nombre de repas à préparer chaque jour, avec la précision des allergies et/ou interdits alimentaires des résidents, des prescriptions de repas thérapeutiques ([REDACTED]
	Les régimes alimentaires et les textures modifiées (liquide, gélifiée, mixé, haché) sont-ils prescrits ?	Oui	[REDACTED] des adaptations de textures [REDACTED]
	Les différents régimes et textures sont-ils répertoriés dans un document unique tenu à jour ?	Oui	[REDACTED] ou encore l'option pain complet.
	Les régimes et textures sont-ils transmis régulièrement à la cuisine ?	Oui	
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.4. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u>		LE FAM depuis son ouverture n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction afin de recueillir la satisfaction des résidents sur l'alimentation. Seule une commission restauration permet le recueil de quelques insatisfactions et remarques.
			Remarque 62 : La direction n'a pas mis en place une enquête de satisfaction sur l'alimentation auprès des résidents.

3.8. La dispensation des soins - Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	3.8.1. <u>Le circuit du médicament</u>	Oui	Depuis son arrivée dans l'établissement, [REDACTED] s'est attachée à sécuriser, autant que possible, chacune des étapes du circuit du médicament et à renforcer la communication sur cette nécessité. La mission a pu constater la présence de plusieurs affichages consacrés à cette thématique, également prise en compte [REDACTED]
	Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?		[REDACTED] rencontrées par la mission le jour de l'inspection étaient parfaitement informées sur la distinction entre l'aide à la vie courante et les soins dits « médicalisés » qui doivent nécessairement être réalisés par un soignant.
	3.8.2. <u>Prescription</u>		
	3.8.3. <u>Dispensation</u>		
	Le rôle de pharmacien d'officine référent est juridiquement limité aux officines desservant des EHPAD <u>Article L5125-1-1 A CSP</u> (6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur)		Les piluliers sont préparés par l'officine pharmaceutique avec laquelle la Fondation des amis de l'Atelier a passé un contrat pour l'approvisionnement de l'établissement en produits de santé. Les médicaments compatibles sont livrés sous la forme de piluliers préparés pour la semaine (PDA) et organisés de telle sorte que la vérification des traitements de chaque jour soit facilitée par une disposition systématiquement identique des traitements, un type de comprimé par case du blister (voir ci-dessous l'illustration d'un pilulier individuel)
	La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée par : L'officine en pharmacie ? Les IDE de la structure ?		Les piluliers sont, comme indiqué ci-dessus, préparés pour une semaine par l'officine pharmaceutique qui a signé en 2024 une convention avec la FAA. En cas de besoin, l'opercule des piluliers peut être décollé pour ajouter ou retirer des comprimés, lorsque le traitement a été modifié entre temps. Cette modification est également validée par écrit sur les étiquettes de chacun des piluliers et la pharmacie fait parvenir sous 24h un nouveau plan de traitement [REDACTED] corrigé.
	Modalités de vérification de la livraison de la PDA ? Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ?	Oui	Les piluliers sont en principe soumis à une première vérification visuelle après leur livraison (ce qui est facilité comme illustré ci-dessus par l'organisation en cases individuelles de chaque type de comprimés) et une ultime vérification a lieu au vu de la fiche de traçabilité lors de la préparation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Médicaments hors PDA</p> <p>Stockage nominatif ?</p> <p>Modalités de stockage</p> <p>Dotation pour soins urgents</p> <p>Les dates de péremption des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ?</p> <p>3.8.5. Distribution et administration</p> <p>Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? (Art. R.4311-4 CSP)</p> <p>La délégation de la distribution des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est procédurée ; <ul style="list-style-type: none"> • Est réalisée par des professionnels réglementairement autorisés en présence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES, AMP, AVS) • Habilités nominativement ? • Formés 	<p></p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>permettant à l'infirmière d'attester du respect de cette procédure ([REDACTED]</p> <p>La mission a pu constater que certains jours, la traçabilité de la vérification de la température est manquante. Selon les entretiens, ce serait généralement, les jours où les infirmières ne sont, ni les titulaires, ni les remplaçantes habituelles de l'établissement.</p> <p>Les médicaments sont fournis par la pharmacie dans un pilulier hebdomadaire convenablement étiqueté ; les produits fournis en sus sont également convenablement étiquetés.</p> <p>L'établissement dispose d'un stock adapté de médicaments pour la dotation de soins urgents..</p> <p>Les dates de péremption des produits stockés, contrôlés par la mission, étaient systématiquement correctes. Aucun produit de santé périmé n'a été repéré.</p> <p>Sans commentaire</p> <p>Une procédure a été établie et validée [REDACTED] pour sécuriser l'accompagnement à la prise des médicaments [REDACTED]</p> <p>Elle est globalement bien présentée et rédigée, claire et conforme à la réglementation ainsi qu'aux bonnes pratiques professionnelles²³, à l'exception de la phrase suivante [REDACTED]</p>

²³ Ces bonnes pratiques sont notamment rappelées par le document publié par l'Omedit-Île-de-France avec l'ARS, et disponible à l'adresse URL suivante : https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/Que-dit-la-loi-sur-la-PECM-dans-les-ESMS-H_VF.pdf

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>En l'absence d'IDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quid des antiépileptiques : protocole d'administration <p>Quid des psychotropes si besoin la nuit ? Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ? Notamment la nuit ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quid des médicaments en format multi dose ou en goutte ? <p>Le broyage des médicaments est prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ?</p> <p>Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments</p> <p>Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant)</p> <p>Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ?</p> <p>Quid des WE ?</p>	<p></p> <p>Oui</p>	<p>En effet, la distribution des traitements ne peut être réalisée que par un médecin, éventuellement, ou - plus souvent- un(e) infirmier(e) et c'est ensuite l'aide à la prise médicamenteuse qui peut, le cas échéant et sauf prescription médicale contraire, être déléguée à des personnes formées, dans le cadre de <i>l'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante</i>.</p> <p>La présence régulière de soignants vacataires ou remplaçantes ne permet pas à l'établissement d'assurer le respect intégral des dispositions de l'article R. 4312-36, dans la mesure où chaque infirmier (IDE) devrait en principe pouvoir assumer individuellement et personnellement la responsabilité des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre et veiller à leur compétence.(Cf. Art. R4312-36 du CSP).</p> <p>En outre, le fait, déjà signalé plus haut, que les aides-soignants (AS) des équipes de jour des pôles PH et TSA ne soient pas placés sous l'autorité de la cadre de santé (mais sous celle de la cadre du pôle concerné) ne facilite pas l'organisation des collaborations entre les IDE et les AS en dissociant les soins médicaux (« Care » en anglais) et les soins sociaux éducatifs (« Cure »). Ce risque est d'autant plus significatif dans l'établissement que l'absence de présence médicale permanente, pourtant prévue dans le projet d'établissement préparé avant l'ouverture du FAM Interdépartemental Patrick Devedjian, induit un déficit chronique de coordination médicale.</p> <p>Les médicaments sont systématiquement <u>préparés</u> par un ou une infirmier(e). L'aide à la prise est prévue par une procédure, commentée ci-dessus.</p> <p>La mission a pu constater la présence, dans l'infirmerie, d'un exemplaire de la liste nationale des médicaments écrasables, établie en mai [REDACTED]. Par ailleurs un appareil à broyer les médicaments, avec un stock suffisant de sachets adaptés, était disponible.</p> <p>La traçabilité des administrations de médicament est faite en temps réel, sur les fiches de traçabilité préparées par l'officine pharmaceutique qui fournit les produits de santé à l'établissement [REDACTED]</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u>		
	La structure est-elle proche de moyens de transport ?	Oui	Un arrêt de bus (ligne 7) est très proche de l'établissement, mais la fréquence des passages est limitée. Ce bus relie LE FAM à la gare SNCF de Mureaux en une dizaine de minutes (sauf encombrements de la circulation).
	L'environnement extérieur de la structure est-il sécurisant ? (Environnement à risque)	Partiellement	Le FAM est situé dans le bois de Bècheville aux Mureaux sur le site du CHIMM. Une ligne de bus a été créée après l'ouverture du FAM, elle dessert la gare des Mureaux (ligne J SNCF) et le centre Family village pour faire du shopping.

4.2. Coordination avec les acteurs de soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Accès à :		<p>[REDACTED]</p> <p>Ont également été fournies à la mission :</p> <p>La convention signée [REDACTED] avec une pharmacie de ville [REDACTED] pour la fourniture en médicaments ;</p> <p>[REDACTED] entre le FAM [REDACTED] pour assurer la continuation du suivi des patients provenant des deux établissements hospitaliers durant leur séjour au FAM, et développer les bonnes pratiques d'accompagnement des patients / résidents, ainsi que la qualité des échanges d'informations nécessaires à leurs prises en charge.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
--------------------	--------------------	------------	------------------------------

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

Écart 1 :	Le règlement de fonctionnement en vigueur n'a pas été soumis au CVS. Cela contrevient à l'article L311-7 du CASF.	15
Écart 2 :	Les modalités de rétablissement des prestations dispensées ne sont pas indiquées dans le règlement de fonctionnement. Cela contrevient à l'article R311-35 du CASF.	17
Écart 3 :	Les obligations faites aux personnes accueillies concernant le respect des décisions de prise en charge, des termes du contrat ou du document individuel de prise en charge ne sont pas indiquées dans le règlement de fonctionnement. Cela contrevient à l'article R311-37 du CASF.	17
Écart 4 :	L'établissement n'a pas de projet d'établissement actualisé depuis son ouverture, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	18
Écart 5 :	Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles conformément au programme annuel ou pluriannuel n'est pas indiqué, ce qui contrevient à l'article R. 3131-4 du code de la santé publique	24
Écart 6 :	Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles n'est pas indiqué dans le Plan bleu. Il n'est pas indiqué dans le Plan bleu s'il a été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel et après consultation du CVS. Cela contrevient aux II.6° et III de l'article R311-38-1 du CASF.	25
Écart 7 :	Aucun diplôme certifiant le niveau de qualification de la directrice de transition présente le jour de la visite d'inspection ni celui du directeur nommé rapidement après cette visite n'a été transmis à la mission. Cela contrevient à l'article D312-176-6 du CASF.	27
Écart 8 :	Il n'existe pas de procédure prévoyant l'organisation en cas d'absence de la direction. Cela contrevient à l'article D315-69 du CASF.	27
Écart 9 :	Le DUD concernant la directrice de transition en poste au jour de l'inspection n'a pas été adressé aux autorités ayant autorisé le fonctionnement de l'établissement ni au CVS. Cela contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	28
Écart 10 :	L'affichage des documents réglementaires est incomplet au regard des articles D311-15 (III), R311-34 et L311-4 du CASF.	33
Écart 11 :	La direction ne permet pas au CVS d'exercer ses prérogatives, ce qui est contraire aux articles L.311- 6; L.311-7 ; L.311-8 du CASF.	34
Écart 12 :	L'absence de PACQ contrevient aux exigences des articles L.312-8 et D.312-203 du CASF.	37
Écart 13 :	La recrudescence des événements avec violence physique de la part des résidents interroge les autorités de tutelle et la mission d'inspection. Des événements connus n'y sont pas reportés dont l'un ayant donné lieu à une rédaction de fiche EIG à la suite de l'échange entre la mission d'inspection et un professionnel le jour de l'inspection. Un autre événement ayant également entraîné une fracture sur un résident n'est pas reporté dans l'outil de suivi.	39
Écart 14 :	L'absence de politique de bientraitance, inscrite dans un plan de formation et observable dans le suivi des procédures de signalements, contrevient aux dispositions de la circulaire du 20 février 2014, relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance.	39
Écart 15 :	En ne réalisant pas de suivi ni de bilan des réclamations, la direction contrevient à l'article L.311- (1° et 3°) du CASF.	45
Écart 16 :	LE FAM ne déclare pas systématiquement les EIG aux autorités administratives compétentes ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF	47
Écart 17 :	L'absence de présence médicale dans l'établissement contrevient aux exigences des articles D. 344-5-12 et -13 du CASF.	49
Écart 18 :	Des professionnels ne sont pas qualifiés [REDACTED] ce qui contrevient aux dispositions des articles D.451-41 et D.451-73 du CASF.	53

Écart 19 :	L'absence de formation sur la bientraitance ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques (Article L. 119-1 du CASF).	55
Écart 20 :	Les plannings ne permettent pas de s'assurer au quotidien de la présence du personnel attendu par pôle et par unité, aux fins de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1° du CASF.	62
Écart 21 :	Les maîtresses de maison aident les aides-soignantes à faire des toilettes, ce qui n'est pas une de leurs missions et risque d'impacter la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 (1°) du CASF.	63
Écart 22 :	L'établissement ne dispose pas d'un registre des entrées et sorties coté et paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'Art. L331-2 du CASF.	65
Écart 23 :	L'absence de bilan pluridisciplinaire à l'entrée des résidents contrevient aux obligations édictées à l'article D.344-5-11 du CASF22.	79
Écart 24 :	La direction ne garantit pas toujours aux résidents qu'il accueille un mode de communication adaptée avec les personnes chargées de leur prise en charge, ce qui contrevient aux exigences du (3°) de l'article 311-3 du CASF.	81
Écart 25 :	L'absence de traçabilité d'évaluations des besoins, des capacités et de l'autonomie des résidents contrevient à l'Art.L311-3 (3°) du CASF.	83
Écart 26 :	Les PPA des résidents, en particulier ceux du Pôle TSA, ne sont pas en place pour près d'un résident sur deux. Les PPA existants des résidents ne sont pas réévalués systématiquement ce qui contrevient aux articles D 344-5-10 et 11 du CASF.	85
Écart 27 :	L'absence de preuve d'information dans le contrat des résidents ne répond pas à l'obligation du D311-0-4 du CSAF.	86
Écart 28 :	La désignation de la personne de confiance n'apparaît pas sur le dossier informatisé du résident ce qui contrevient à l'Art. 311-4 (alinéa 4) du CASF.	86
Écart 29 :	L'absence de programmation, de suivi et de traçabilité de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne accompagnée contrevient à l'article L311-3 (3°) du CASF	92

5.2. Remarques

Remarque 1 :	Le fonctionnement de l'accueil de jour du pôle TSA ne correspond pas à l'autorisation.	12
Remarque 2 :	Le règlement de fonctionnement présente des incohérences sur la forme.	15
Remarque 3 :	Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement présentées dans le règlement de fonctionnement sont incomplètes.	16
Remarque 4 :	Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur présentées dans le règlement de fonctionnement sont incomplètes.	17
Remarque 5 :	Les recommandations notées dans le PV de conformité n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement.	18
Remarque 6 :	Le pré-projet d'établissement n'a pas été revu depuis l'ouverture de l'établissement.	19
Remarque 7 :	Le pré-projet d'établissement n'a pas fait l'objet d'une consultation du conseil de la vie sociale ni d'une autre forma de participation. .	19
Remarque 8 :	Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant l'organisation des transports dans le cadre de l'accueil en semi-internat pour les ressortissants des Hauts-de-Seine n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement ni aux projets de service des pôles TSA et TP.	20
Remarque 9 :	Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant le projet personnalisé d'accompagnement et l'Unité Renforcée n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement ni aux projets de service des pôles TSA et TP.	20
Remarque 10 :	Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant l'organisation et les rôles des référents n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement.	21

- Remarque 11 : Les recommandations notées dans le PV de conformité concernant l'organisation et la régularité des suivis médicaux et paramédicaux n'ont pas été appliquées au pré-projet d'établissement ni aux projets de service des pôles TSA et TP. 21
- Remarque 12 : Les modalités d'élaboration, d'accès et de transmission d'informations dans le cas où la personne accueillie consulte un professionnel de santé, est admise temporairement dans un établissement de santé, est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées ne sont pas indiquées dans le pré-projet d'établissement. 22
- Remarque 13 : Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec d'autres personnes physiques ou morales concourant aux missions exercées (1° du D31138-3 CASF) ne sont pas précisées dans le pré-projet d'établissement ni dans les projets de service des pôles TSA et TP. 22
- Remarque 14 : Le pré-projet d'établissement ne mentionne pas de démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance. 23
- Remarque 15 : Le pré-projet d'établissement ne précise pas les critères d'évaluation et de qualité. 23
- Remarque 16 : L'organigramme ne présente pas clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels. Les ETP n'y sont pas indiqués. De plus, les organismes de contrôle n'ont pas été informés des modifications apportées à l'organigramme. 26
- Remarque 17 :** Pour toutes les réunions prévues dans le fonctionnement des services, il n'est pas indiqué d'organisation pour la rédaction et la diffusion d'un compte-rendu. 30
- Remarque 18 : Il n'existe pas de procédure d'astreinte. 31
- Remarque 19 : Il n'existe pas de procédure d'astreinte technique. 31
- Remarque 20 : La [REDACTED] n'a pas de fiche de poste. 31
- Remarque 21 : Le Registre Unique du Personnel n'est pas à jour à la date de la mission. 32
- Remarque 22 : Les [REDACTED] n'ont pas de fiche de poste. 32
- Remarque 23 : Les plans d'action des EI/EIG ne sont pas soumis au CVS. 34
- Remarque 24 : LE FAM ne réalise pas d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles 35
- Remarque 25 : L'absence d'évaluations interne et l'auto-évaluation incomplète ne permettent pas d'identifier précisément les axes qualité nécessaires pour LE FAM. 37
- Remarque 26 : L'absence d'informations descriptives dans les dossiers des résidents sur le logiciel dédié, en particulier ceux porteurs de TSA, ne permet pas aux professionnels d'identifier les éléments déclenchant des comportements problèmes. 41
- Remarque 27 : L'absence de procédures métiers décrivant le repérage et la gestion des comportements problèmes laisse le champ libre aux professionnels de tenir des postures inadéquates et ne répondant pas aux valeurs de la FAA. 41
- Remarque 28 : Le sous-investissement en formations TSA en [REDACTED] n'a pas permis de préparer l'accueil et la prise en charge des résidents TSA entrants. 42
- Remarque 29 : L'utilisation des chambres d'apaisement côté TP n'est pas encadrée. 43
- Remarque 30 : L'utilisation de l'unité renforcée pour des résidents à comportements problèmes du pôle TSA n'est pas cadrée. 43
- Remarque 31 : LE FAM ne dispose pas de système d'enregistrement et de traitement des plaintes et réclamations. 45
- Remarque 32 : Les professionnels ne déclarent pas les EI faute de savoir les repérer. 46
- Remarque 33 : Le nombre de professionnels non qualifiés est excessif au regard des missions du FAM et du public accueilli. 50
- Remarque 34 : Les offres d'emploi publiées sur le site de la Fondation ne présentent pas la totalité des postes effectivement vacants sur la structure. 51
- Remarque 35 : La mission relève un nombre important d'arrêts de travail impactant la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers. 52

Remarque 36 :	Le niveau de turn-over des équipes doit alerter sur la qualité de la prise en charge des personnes accueillies.	52
Remarque 37 :	Les dossiers administratifs des professionnels en CDI et en CDD ne sont pas rigoureusement tenus et à jour.	53
Remarque 38 :	En l'absence de diplôme dans les dossiers, la mission ne peut s'assurer de la qualification des professionnels	53
Remarque 39 :	La mission relève l'absence de formation des équipes sur les modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG.	55
Remarque 40 :	L'EAM ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouveau professionnel.	56
Remarque 41 :	L'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de prise en charge des usagers.	56
Remarque 42 :	Les professionnels ne disposent pas tous d'un accès au logiciel, pouvant conduire à une fragilisation de la chaîne de transmission.	56
Remarque 43 :	La mission s'interroge quant à la formalisation des comptes-rendus des diverses réunions organisées et à leur mode de diffusion auprès des professionnels.	58
Remarque 44 :	Le planning des professionnels est difficilement lisible et compréhensible, et incomplet dans sa présentation.	62
Remarque 45 :	Les salariés ne disposent pas de fiche de poste nominative.	62
Remarque 46 :	Les fiches de fonction ne sont pas déclinées en fiches de postes, adaptées à la réalité concrète de l'établissement.	63
Remarque 47 :	La mission relève que le registre unique du personnel n'est pas à jour et dûment renseigné.	64
Remarque 48 :	Le registre des présences quotidiennes ne sécurise pas suffisamment les sorties des résidents.	65
Remarque 49 :	L'organisation des réparations et les petits travaux n'est pas assurée au jour de l'inspection.	68
Remarque 50 :	La cuisine thérapeutique présente des aliments périmés et des espaces sales dont du matériel électroménager non entretenu. Les produits ménagers des offices de restauration des unités ne sont pas sécurisés sous clé.	70
Remarque 51 :	Des pannes d'eau dans les douches et WC des résidents sont signalées et observées.	70
Remarque 52 :	Dans les WC communs, les cuvettes et brosses de toilette sont noires et le distributeur posé au sol font apparaître un manque de suivi de l'entretien des locaux et des petits travaux ainsi qu'un défaut de contrôle de l'hygiène	70
Remarque 53 :	Le personnel vacataire ne dispose pas de badge pour accéder aux unités du FAM.	71
Remarque 54 :	Le nombre d'accidents du travail est conséquent sur le pôle TSA, impactant la prise en charge des usagers accueillis.	73
Remarque 55 :	L'absence d'envois de courriers de refus d'admission depuis aout 2022 est en lien avec l'absence de procédure d'admission.	79
Remarque 56 :	L'absence de procédure d'admission précise ne favorise pas la qualité des prises en charge des résidents entrants.	79
Remarque 57 :	La description de l'équipe médicale du livret d'accueil du FAM de Becheville est contredite par la réalité, depuis l'ouverture en 2021, de l'établissement.	81
Remarque 58 :	La faible offre de moyens de communication facilitée pour les résidents porteurs de TSA ne favorise pas la qualité des relations entre le FAM et les familles, dont l'admission de leur enfant correspond souvent au départ du domicile familial.	88
Remarque 59 :	L'offre d'activités de chacun des pôles ne répond pas à un projet d'animation structuré pour favoriser la qualité de l'accompagnement socio-éducatif des résidents. L'absence de visibilité des activités proposées aux résidents du pôle TSA est particulièrement préoccupante.	91
Remarque 60 :	Des sacs poubelles sont utilisés pour collecter le linge plat.	92
Remarque 61 :	Les sacs de linge sale sont entreposés au sol et non dans les chariots ad hoc.	92

Remarque 62 : La direction n'a pas mis en place une enquête de satisfaction sur l'alimentation auprès des résidents.

94

6. Conclusion

Le contrôle sur place du FAM interdépartemental Patrick Devedjian, géré par la Fondation des Amis de l'Ateliers, a été réalisé le 13 février 2025 à partir des réponses apportées, des entretiens menés et des documents transmis par l'établissement.

Le FAM présente des difficultés importantes fragilisant la qualité de la prise en charge des personnes accueillies.

En ce qui concerne le management :

Depuis sa création, le FAM n'a jamais réussi à constituer une équipe de direction stable [REDACTED] ce qui fragilise fortement la gouvernance et insécurise les équipes.

En ce qui concerne les soins :

Il n'y a pas de médecin généraliste, pas de psychiatre, et ce depuis son ouverture, ce qui est regrettable, d'autant plus que la situation se pérennise dans le temps.

En ce qui concerne le volet éducatif :

Le faible nombre de chefs de service ne favorise pas un accompagnement médicosocial de qualité

En ce qui concerne la gestion des ressources humaines :

Le turn-over est important et les professionnels sont peu formés voir pas formés.

De plus, la mission a également relevé des dysfonctionnements majeurs développés précédemment :

- Gouvernance :
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Vie sociale et relationnelle

En conclusion, sans présence de médecin, avec une équipe de direction instable et des salariés peu formés, il apparaît nécessaire de s'interroger quant à la pertinence de continuer à admettre des personnes en situation de handicap.

L'organisation de l'établissement ainsi que la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge ne peuvent se faire sans une réelle prise de conscience, de la part de la direction et de l'organisme gestionnaire, des difficultés importantes et préoccupantes de l'établissement.

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

Saint Denis, le 15 mai [REDACTED]

Monsieur Renaud MIGUET- ANDREI, inspecteur et coordonnateur de la mission,	Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale,	Monsieur Vincent HAZEBROUCQ, médecin inspecteur de santé publique,	Emilie DESPREZ, Chargée d'inspection, Service d'inspection des ESSMS	Madame Valérie BAZIN chargée de mission,	Madame Auriane YOU, chargé de contractualis ation, tarification et contrôle des ESSMS	Madame Carole DATTIN, Chargée d'inspection ESSMS
Signé	Signé	Signé	Signé	Signé	Signé	Signé

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ACT : Autorités de contrôle et de tarification (ici l'ARS et les deux départements 78 et 92)

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CNR : Crédits non reconductibles

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CSE : Comité Social et Economique

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

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

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EI/EIGG : Évènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Équivalent temps plein

HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

IME : Institut médico-éducatif

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

PE : Projet d'établissement

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PH : Personne porteuse d'un handicap

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

8. Annexes

Annexe 1 Lettre d'information de l'établissement sur le contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Pierre-Yves LENEN
Fondation des Amis de l'Atelier
Directeur général
17 rue de l'Égalité
92290 CHATENAY-MALABRY

Affaire suivie par : Renaud MIGUET ANDREI
Courriel : renaud.miguet-andrei@ars.sante.fr
ars-idf-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : 06 49 01 91 58

Saint-Denis, le

Objet : Lancement d'une mission d'inspection du foyer d'accueil médicalisé interdépartemental de Bécheville situé aux Mureaux (78130)

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap prévu par la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027, l'Agence régionale de santé Île-de-France a décidé de diligenter une inspection inopinée du foyer d'accueil médicalisé interdépartemental de Bécheville (FINESS géographique n° 780028312) situé au 1, rue Baptiste Marcet 78130 Les Mureaux et géré par la Fondation Les Amis de l'Atelier.

Cette inspection diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de l'action sociale et des familles a notamment pour objectif de contrôler :

- La prévention et la lutte contre les maltraitances ;
- L'adéquation de l'activité avec l'autorisation détenue ;
- La gouvernance et le management de l'établissement ;
- La gestion des ressources humaines ;
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ;
- Les soins dispensés, la prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents et l'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP).

À ce titre, j'ai missionné une équipe composée de :

qui seront accompagnés par :

L'inspection débute ce jour.

¹ Article L.1435-7 du code de la santé publique (CSP)
² Article L.1421-1 du CSP

Les inspecteurs peuvent demander communication de tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission, selon les dispositions de l'article L. 1421-3 du CSP³.

Ils mènent également les entretiens avec les personnes que la mission juge utile de rencontrer.

À la suite de la visite sur site un courrier de propositions de décisions administratives vous sera adressé, auquel le rapport établissant les constats faits par la mission sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire, en application des dispositions de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration⁴ pour vous permettre de me faire part de vos éventuels commentaires et observations sur les décisions envisagées.

Je vous notifierai mes décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui sont faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

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

p.o.

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

Agence Régionale de Santé Île-de-France
La Directrice Générale Adjointe


Denis ROBIN
Sophie MARTINON

Copie :
Direction
FAM Interdépartemental
1, rue Baptiste Marcet
78130 LES MUREAUX

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

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

⁴ Article L. 121-1 du CRPA : « Exception faite des cas où il est statué sur une demande, les décisions individuelles qui doivent être motivées en application de l'article L. 211-2, ainsi que les décisions qui, bien que non mentionnées à cet article, sont prises en considération de la personne, sont soumises au respect d'une procédure contradictoire préalable. »

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

La mission tient à préciser que plus de 560 documents lui ont été adressés. Sans que cela ne réponde pour autant aux demandes des inspecteurs



Jeudi 13 février 2025

Inspection EAM Becheville

Liste des documents à remettre à la mission **avant le 20 février 2025**

Lien vers la boîte de dépôt du service Inspection régionale autonomie santé (IRAS) de l'ARS d'Île-de-France - > cliquer (Ctrl + clic gauche) sur le lien suivant :

<https://bit.ly/3AjVMOx>

Merci de rappeler le numéro du document comme première information du nom du fichier lors de sa transmission (ex. : 01_Personnels-salaries_Tableau).

N°	Nature du document demandé	Document remis (O/N)
01	Tableau des personnels salariés actualisé par catégorie professionnelle des personnels avec date recrutement, nature du contrat de travail (CDI, CDD, intérim) et fonction exercée (format Excel et non pdf) et lieu d'intervention au 31 décembre 2024	o
02	Organigramme actualisé et nominatif du siège	o
03	Organigramme actualisé et nominatif du FAM	o
04	Numéros RPPS pour médecin, numéros ADELI pour IDE	o
05	Liste au jour de l'inspection, des usagers comportant leur nom, date de naissance, date d'entrée, département d'origine, unité, régime de protection juridique, notification MDPH, numéro de chambre si hébergement	o
06	Planning réalisé et théorique (compatible Excel™) des salariés sur les 6 derniers mois avec traduction des sigles et légendes (hébergement et accueil de jour)	o
07	Protocoles et procédures de soins : liste répertoriant l'ensemble des protocoles et procédures en lien avec la prise en charge médicale et soignante ; Et détail de ce chacune de ces procédures (Préadmission et admission incluant les critères de refus ; procédure de sortie de l'établissement ; gestion d'une urgence médicale H24 ; suivi nutritionnel et prévention de la dénutrition ; hygiène buccodentaire ; suivi et gestion de la douleur ; suivi et gestion des chutes ; recours aux contentions ; hospitalisation programmée ; etc.)	o
08	Protocoles et procédures de prévention de la maltraitance	o

09	Protocoles et procédures relatifs à la gestion des risques	o
10	Résultats des audits en lien avec les soins réalisés depuis les 3 dernières années	o
11	Ensemble des procédures du circuit du médicament et résultat des audits réalisés les 3 dernières années	o
12	Liste des résidents décédés de 2023 & 2024	o
13	PV le plus récent de la commission sécurité-incendie	o
14	Avis le plus récent DDPP (direction départementale de la protection des populations – Service qualité et sécurité des aliments) sur la restauration	o
15	Comptes rendus du comité social et économique (CSE) (les 3 derniers)	o
16	Fiche de poste actualisée et document unique de délégation du directeur(trice)	o
17	Documents de subdélégations du directeur aux cadres/salariés	o
18	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur	o
19	Organisation de la permanence de la fonction de direction en cas d'absence du directeur (procédure éventuelle de mise en place des astreintes, calendrier actualisé des astreintes) + organisation de la permanence médicale	o
20	Fiches de postes des salariés	o
21	Projet d'établissement (article D. 312-38 CASF) dont projet de soins, et plan d'action et de suivi	o
22	Planning des activités sur les 3 derniers mois	o
23	Plans de formation 2023 et 2024 ; liste des formations effectivement réalisées en 2023 et 2024 avec leurs attestations	o
24	Rapport d'évaluation interne et externe- Plan d'amélioration de la qualité	o
25	Conventions : - Convention établie entre l'établissement et l'officine de ville livrant les médicaments - Conventions ou contrats avec professionnels libéraux, - Convention avec d'autres établissements ou services de santé et/ou médico-sociaux	o
26	Outils lois 2002-2 : Livret d'accueil des usagers, contrat de séjour (internat, hébergement temporaire, accueil de jour), règlement de fonctionnement ...	o
27	Liste des refus d'admissions et copies des courriers de refus – liste sorties et motifs – liste des participations aux GOS, motifs de refus ou acceptations	o
28	Procédure d'élaboration du projet d'accompagnement individualisé (PAI) ou projet personnalisé - Calendrier d'actualisation des PAI - Trames PAI	o
29	PAI de chaque résident avec modalités d'évaluation	o
30	Comptes rendus des 3 dernières réunions CVS - Composition du CVS - Coordonnées téléphoniques/courriels des familles et/ou représentants légaux des usagers	o
31	Journées de présence des usagers Septembre/Décembre 2024	o

32	Tableau de suivi de l'activité	o
33	Rapports activité 2022,2023,2024	o
34	Tableaux ou outils de suivi nutritionnel des usagers (poids/IMC ; usagers en situation de dénutrition...)	o
35	Restauration : Préciser les actions d'individualisation notamment nbre de textures modifiées, et recours à la diététicienne, etc. Menus décembre 2024 - Comptes rendus de la commission menus (les 2 derniers seulement)	o
36	Liste des chutes intervenues en 2023 et 2024 (format Excel™) et détail des fiches de chutes 2024	o
37	Liste nominative du médecin traitant de chacun des usagers	o
38	Si suivi en kinésithérapie, orthophonie, psychologie : liste des usagers suivis et nom de leur kiné. Détail de tous les bilans de kinésithérapie réalisés en 2024 et des observations de suivi (format Excel™)	o
39	Calendrier, feuilles de présence et comptes rendus des réunions impliquant des soignants et médecins pour 2023 et 2024	o
40	Liste des mini formations (= effectuées en interne) délivrées aux équipes soignantes en 2023 et 2024 (thèmes, dates, professionnel ayant délivré la formation, feuilles de présence)	
41	Tout autre document que l'établissement juge utile de transmettre	o
42	Protocoles et procédures de l'accompagnement aux gestes	o
43	Plans de soins individuels	o
44	Outil de programmation	o
45	Outils de suivi et plus spécifiquement ceux des 10 résidents sélectionnés (étude complète de leurs dossiers)	o
46	Le cycle de menus hiver incluant celui de la semaine de l'inspection (et pas celui de décembre 2024)	o
47	Contrat du prestataire restauration	o
48	Cahier des charges de restauration	o
49	Menu de substitution	o
50	Procédure de gestion du linge plat et vêtements des résidents	o
51	Plan prévisionnel et budgété de formation 2025	o
52	Calendrier et CR des Retex suite aux EI/EIG	o
53	Calendrier des APP et convention avec l'organisme animant les APP	o
54	Formation à l'usage de la salle d'apaisement	o
55	Planning global des animations du T1 2025	o
56	Planning hebdo individuel des 10 résidents sélectionnés (étude complète de leurs dossiers)	o
57	CR des 3 dernières commissions animations	o
58	Planning des transferts 2024 et prévisionnel 2025	o
59	Conventions des prestataires en lien avec le projet d'animation et intervenant en intra ou à l'extérieur du FAM (Ex : équithérapie, chorale..)	o

60	Conventions avec les transporteurs	o
61	Procédure relative aux plaintes et réclamations + registre des plaintes et réclamations	o
62	Procédure relative à la déclaration d'EIG + registre des EIG	o
63	les diplômes de tous les salariés ;	o
64	-les bulletins de paie du personnel pour les mois de décembre 2024 et janvier 2025 ;	o
65	la maquette organisationnelle des équipes jour et nuit+ nombre de soignants par jour et nuit, par unité, par étage et par catégorie professionnelle ;	o
66	le registre unique du personnel (en format Excel) ;	o

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

La mission s'est entretenue en présentiel ou en Visio,-conférence [REDACTED], membres du personnel, cadre de direction, familles et représentant des usagers. Nous les remercions pour le temps accordé, la qualité des échanges et la véracité des propos.