

Agence régionale santé d'Île-de-France
Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Département de Seine-et-Marne
Direction de l'Autonomie
Service Établissements, Contrôle et Qualité
Service coordination médico-sociale

Foyer d'accueil médicalisé « Espace Sésame »

17, rue Raymond Counil

77500 Chelles

N° FINESS 770018729

RAPPORT D'INSPECTION

N°SIICEA 2025-IDF-00002

Contrôle sur place le 09/01/2025

Mission conduite par :

- Monsieur Renaud MIGUET-ANDREI, désigné en qualité d'inspecteur par le directeur général 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 et coordonnateur de la mission,
- Madame le docteur Delphine LIOT-TIERCELIN, désignée inspectrice par le Directeur général de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du Code de la santé publique,
- Madame Maud ROBERT, chargée d'accompagnement et de suivi des ESMS, représentant le Département de Seine-et-Marne
- Madame Vanessa OLLIVIER, chargée de conseil en gestion et contrôle des ESMS, représentant le Département de Seine-et-Marne
- Madame Cynthia GESBAUD, référente handicap et protection des majeurs vulnérables représentant le Département de Seine-et-Marne

Accompagnée par

- Madame Drifa HOUARI, infirmière désignée personne qualifiée, ARS Île de France

**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'inspecteur ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	8
1.1. <i>Conformité aux conditions de l'autorisation</i>	8
1.2. <i>Management et Stratégie</i>	9
1.3. <i>Animation et fonctionnement des instances</i>	19
1.4. <i>Gestion de la qualité</i>	22
1.5. <i>Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables</i>	26
2. Fonctions support	29
2.1. <i>Gestion des ressources humaines</i>	29
2.2. <i>Gestion d'information</i>	32
2.3. <i>Bâtiments, espaces extérieurs et équipements</i>	36
2.4. <i>Locaux et équipements</i>	38
2.5. <i>Sécurités</i>	38
3. Prises en charge	40
3.1. <i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>	40
3.2. <i>Les projets individualisés d'accompagnements</i>	43
3.3. <i>Respect des droits des personnes</i>	44
3.4. <i>Vie sociale et relationnelle</i>	44
3.5. <i>Vie quotidienne</i>	45
3.6. <i>L'alimentation</i>	46
3.7. <i>La dispensation des soins</i>	53
3.8. <i>Champ thérapeutique : Le circuit du médicament</i>	66
4. Relations avec l'extérieur	70
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	72
6. Conclusion	75
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	76
8. Annexes	77

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

L'inspection du foyer d'accueil médicalisé « Espace Sésame » –, situé 17-23 rue Raymond Counil, 77500 Chelles, géré par le Groupe SOS, a été inscrite au programme régional d'inspection 2025 sur proposition de la Délégation départementale de Seine-et-Marne.

En effet, l'absence de réponse aux sollicitations de la Délégation départementale de Seine-et-Marne sur le fonctionnement du FAM laisserait 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 inopiné, associant conjointement l'ARS et le Conseil départemental de Seine-et-Marne.

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

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

- Gouvernance :
- Conformité aux conditions de l'autorisation
- Management et stratégie
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Gestion des RH
- Prises en charge
- Prise en charge en soins
- Coordination avec les partenaires extérieurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

La mission a constaté une qualité de prise en charge et un investissement et équipes auprès des résidents réel. Cependant, des dysfonctionnements importants et récurrents sont constatés, en ce qui concerne la qualité des repas et les prestations qui en découlent sans que cela soit traité, contrôlé et résolu.

Ces dysfonctionnements notoires, ont un impact sur la qualité de prise en charges et sur les relations existantes entre les familles et l'établissement.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V CASF et suivants ont pour objectifs de :

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

Le foyer d'accueil médicalisé « Espace Sésame » (FINESS géographique n° 770018729) situé au 17 rue Raymond Counil à Chelles (77 500) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles. Il est géré par le groupe SOS et a ouvert en 2010 avec la vocation d'accueillir ■■■ des adultes de plus de 18 ans souffrant de troubles du spectre autistique.

La mission d'inspection et de contrôle du FAM « Espace sésame » s'est déroulée le 9 janvier 2025, de manière inopinée, en présence des agents diligentés par l'ARS Île-de-France et le Département de Seine-et-Marne.

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 de Seine-et-Marne.

En effet, l'absence de réponse aux sollicitations de la Délégation départementale de Seine-et-Marne sur le fonctionnement du FAM laissait craindre une dégradation de la qualité d'accueil et des prises en charge au sein de l'établissement.

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 :

L'établissement dont la raison sociale est FAM "Espace Sésame"



Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Groupe SOS Solidarité
Adresse de l'organisme :	102 C rue Amelot
Complément :	
Code postal et Ville :	75011 PARIS
Courriel :	
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	
Site internet	Groupe SOS Solidarités - Groupe SOS
Nombre d'ESSMS gérés	

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	17 Rue Raymond Council
Complément :	
Code postal et Ville :	77500 Chelles
Courriel :	
Téléphone fixe :	

Type de structure	
Type d'établissement / service :	Foyer d'accueil Médicalisé FAM
Date d'ouverture :	2010
Numéro FINESS :	770018729
Statut juridique de l'entité juridique	Association
Date du CPOM (mm/aaaa) :	1 ^{er} janvier 2019

Le FAM dispose d'une autorisation d'accueil et accompagnement spécialisé pour des personnes TSA et TNC de :

- 13 places en hébergement complet avec internat médicalisé ;
- 7 places en accueil de jour¹, non médicalisé ;

Au jour de l'inspection, la file active de l'accueil de jour est [REDACTED] ans.

Le CPOM signé le [REDACTED] avec l'ARS Île-de-France, est en cours de renouvellement. Ses principaux objectifs sont :

Objectif 1 : [REDACTED]

Objectif 2 : [REDACTED]

Objectif 3 : [REDACTED]

Objectif 4 : [REDACTED]

Objectif 5 : [REDACTED]

[REDACTED]

Objectif 6 : [REDACTED]

[REDACTED]

Objectif 7 : [REDACTED]

[REDACTED]

¹ Arrêté d'autorisation d'extension portant sur la création de ces 7 places du 03/09/2014.

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>Le régime juridique de la structure</u>		
	Le statut juridique de la structure est-il conforme ?	Oui	L'établissement est un foyer d'accueil médicalisé (FAM), il accueille en hébergement médicalisé ■ résidents (FAM « espace Sésame ») et en accueil de jour non médicalisé ■ résidents Au sein du Foyer de vie « Espace sésame ».
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>L'autorisation</u>		
	L'autorisation est-elle en cours de validité ?	Partiellement	L'établissement est considéré par la direction et les salariés comme un foyer d'accueil médicalisé pour l'hébergement avec des activités de jour réalisées au sein du foyer de vie (FDV) ouvert de 9 h 30 à 16 h 30. Or, la mission constate que des usagers accueillis au sein du FDV ne bénéficient pas de notification d'orientation en FAM. Ils ne devraient donc pas pouvoir bénéficier d'accompagnement de soins. Cependant, la mission constate que la problématique des usagers nécessite la présence de soignants au sein du FDV. Cette double autorisation génère une confusion tant pour le personnel (voir la partie RH) que pour les familles qui pensent pouvoir légitimement faire bénéficier leurs proches des soins proposés par le FDV. Pour rappel, le FDV est un établissement financé par le CD, et le FAM par le CD et ARS. À la date de l'inspection, l'établissement avait les taux d'occupation suivant : Taux d'occupation N-1 : ■ Taux d'occupation Jour inspection ■ Remarque 1 : Le foyer de vie est un service d'activité de jour, dépendant du FAM avec présence de personnel soignant nécessaire. Ce manque de clarté dans les notifications d'autorisation génère une confusion tant pour les salariés que pour les familles.
	L'autorisation de la structure est-elle respectée ?	Oui	Au regard de l'arrêté ■ l'autorisation est respectée.

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>		
	La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ?	Oui	Après analyse des [REDACTED] dossiers des résidents en hébergement, l'orientation est bien FAM, et pour les [REDACTED] résidents en accueil de jour, l'orientation est un foyer de vie. Les personnes accompagnées sont bien des personnes souffrant de troubles TSA (Troubles Spectre Autistique) et TND (Troubles du Neuro -Développement)
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. <u>Le CPOM</u>		
	Un CPOM est-il en cours de validité ?	Oui	Le CPOM a été signé avec l'ARS IDF en [REDACTED] [REDACTED] objectifs principaux : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
12. Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u>		
	Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?	Partiellement	Le règlement de fonctionnement est en cours de rédaction au sein de l'établissement. Il est écrit en FALC (Facile à Lire et À Comprendre), ce qui est une bonne pratique. Ce choix lexical permet aux résidents de mieux comprendre ce qui est écrit. La mission a obtenu et lu une version finalisée, mais non validée, de janvier 2025.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			La mission constate également qu'il est fait à de très nombreuses reprises référence au « groupe SOS » - alors qu'il s'agit du projet du FAM. Écart 1 : En ne possédant pas de règlement de fonctionnement finalisé et validé, la direction contrevient à l'article L311-7 du CASF.
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?	Oui	Après entretien, la mission constate que les membres du conseil de vie sociale (CVS) participent à la relecture du règlement de fonctionnement en y apportant des éléments concernant notamment la responsabilité des usagers en cas de casse de matériel ou en cas de violence.
	Le projet de règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF :	Oui	Dans son sommaire, le projet reprend les éléments réglementaires et les décline par la suite.
	- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ;	Oui	
	- L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;	Oui	
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	
	- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	Oui	Les modalités des prestations sont bien présentes, mais les tarifs tels que le prix de journée n'y sont pas encore intégrés. Remarque 2 : Les modalités de prestations sont bien présentes au sein du règlement de fonctionnement, mais les tarifs, tels que les prix de journée, ne sont pas intégrés, ce qui ne permet pas une information tarifaire précise et accessible pour les usagers et les familles.
	- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées.	Partiellement	
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. Le projet d'établissement (PE)		
	Le projet d'établissement existe-t-il ?	Oui	Le Projet d'établissement (PE) a bien été validé par la directrice territoriale sur délégation du Directeur général. Il couvre la période de
	Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ?	Oui	Le PE a été transmis dans le cadre de la préparation au CPOM à la DD77, ainsi qu'au CD 77.
	Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ?	Oui	Le projet d'établissement a été rédigé par l'équipe et la direction, accompagné par la responsable Qualité du siège.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ?	Non	La mission n'a pas eu d'éléments de preuve transmis par l'établissement attestant de la présentation du projet d'établissement en CVS. La mission en conclue que le PE n'a pas été présenté Écart 2 : En ne présentant pas le Projet d'Établissement au CVS à titre consultatif, la direction contrevient à l'article D311-38-4 du CASF
	Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ?	Oui	Le projet, du fait de sa taille, n'est pas affiché, mais il est accessible par tous au secrétariat.
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. <u>Le projet d'établissement : contenu</u>		
	Les points suivants figurent-ils dans le projet d'établissement ?		La mission constate qu'il existe : • Un PE • Un PE synthétique • Un document de suivi du PE Concernant le PE, la mission constate que le PE de [REDACTED] est accessible. La mission constate sur la forme des erreurs de pagination [REDACTED] [REDACTED] ce qui rend caduque l'intégralité du sommaire. Sur le fond, le PE contient les éléments réglementaires, avec une déclinaison pour le FAM et pour le FDV. Cependant, la mission rappelle que le PE a pour fonction, comme définie par le CASF, de présenter l'établissement. Or, avec plus [REDACTED] faisant référence, voire dédiées uniquement au « groupe SOS », le PE peut être considéré comme une présentation synthétique du groupe SOS et non spécifiquement de l'établissement. Remarque 3 : Le projet d'établissement est un outil pour les résidents, les familles et les professionnels, il ne peut être un outil de communication dans l'intérêt de l'organisme gestionnaire.
	1° Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ;	Oui	La mission constate que les objectifs sont bien précisés au sein des pages [REDACTED].
	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	Oui	Les caractéristiques générales des accompagnements sont définies au chapitre [REDACTED] du PE. Les Projets d'Accompagnement Personnalisés (PIA) — et les parcours de prise en charge sont présentés aux chapitres [REDACTED]
	3° Précise les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée chargée	Oui	[REDACTED] du PE

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ;		
	4° Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ;	Oui	La composition des équipes, les missions des professionnels et leur coordination sont définies dans le chapitre [REDACTED]
	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 ;	Partiellement	Au sein du PE sont précisées les différentes prestations y compris le soin : [REDACTED] : [REDACTED] Concernant plus spécifiquement le soin, la mission constate que ne sont pas précisées les modalités d'organisation du soin et l'implication les familles avec le médecin psychiatre de l'établissement. Remarque 4 : Il n'est fait part dans le PE, ni de l'organisation, ni de la coordination des soins, ni des modalités de sollicitation des familles auprès du médecin psychiatre de l'établissement, ce qui fragilise la compréhension de l'organisation de leur prise en charge tant pour les familles que pour les usagers.
	6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;	Oui	La formalisation des procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées est décrite dans le chapitre [REDACTED]
	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 ;	Oui	La collaboration avec les partenaires médicaux et les acteurs éducatifs est inscrite au sein du chapitre [REDACTED]
	1.2.4. Le projet d'établissement contient-il :		
	- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement Vu	Oui	La mission constate l'importance dédiée dans le PE à la lutte contre la maltraitance et à l'accompagnement dans la bienveillance. Cela se retrouve de façon transversale dans l'ensemble du PE et détaillé notamment, dans les [REDACTED] La mission a constaté la présence des éléments ci-dessous :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance - La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance - Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service		
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. <u>Le plan bleu</u>		
	Le plan bleu existe-t-il ?	Oui	Il existe un plan bleu (PB) qui est produit par la direction qualité du siège. Ce plan bleu est identique à [REDACTED] pour tous les établissements. La direction du FAM apporte des spécificités liées au public pris en charge. Il existe une mallette en lien avec les actions émises dans le Plan bleu. [REDACTED]
	Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ?	Oui	Le plan bleu est mis à jour sur sa version numérique au sein du [REDACTED]. La version papier est mise à jour sur la période [REDACTED]. Le plan bleu ainsi que l'ensemble des procédures, notamment [REDACTED] [REDACTED] La version papier est un document accessible au secrétariat en cas de coupure du réseau électrique ou internet.
	Le plan bleu contient-il :		
	- Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;	Oui	Dans sa version papier, le PB intègre les modalités d'organisation, de déclenchement et de clôture du plan bleu en page 6. Il présente également, avec leurs coordonnées, les membres composant la cellule de crise [REDACTED] Sur [REDACTED], une procédure nommée [REDACTED] est présente.
	- Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;	Oui	Les coordonnées des partenaires sont présentes au sein du PE, avec l'ensemble des numéros utiles généraux (Police, pompiers, SAMU, notamment).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			La gestion des ressources humaines et l'activité sont abordées à chaque rencontre.
	- À l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement	Oui	Le projet d'établissement est élaboré en présence de la direction et de la responsable qualité du siège. Son actualisation est faite chaque année.
	- À l'adaptation des moyens de la structure	Oui	L'adaptation des moyens de la structure par rapport au public, les modalités d'intervention entre la directrice et la DT ainsi que les suivis de l'activité et les questions d'ordre budgétaire sont des prérogatives de la DT tout comme la gestion de la qualité et les partenariats.
	- Aux modalités d'intervention coordonnées ;	Oui	La mission constate que le gestionnaire est responsable de la qualité au sein des établissements. Pour ce faire, il a nommé une responsable qualité qui a pour fonction notamment, de coordonner et d'accompagner les directions d'établissement dans la rédaction et la mise en place de process Qualité.
	- Au choix et au financement des systèmes d'information	Oui	La responsable qualité du siège est également responsable des relations avec les prestataires restaurations. Le gestionnaire a mis en place pour l'établissement plusieurs logiciels d'information et de communication [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.8. <u>Directeur : contrat et fiche de poste</u>		
	Quelle est la date de prise de fonction du directeur	Oui	La directrice a signé son Document Unique de Délégation -DUD- avec la [REDACTED] [REDACTED] Cependant, la mission constate que le nom du document ne correspond pas au signataire, car le [REDACTED] n'est pas nommé. La mission constate une erreur dans l'intitulé du document. Sur le fond, les délégations sont déclinées par domaine : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
	Quel est l'ETP du directeur au sein de la structure ?		[REDACTED] ETP
	Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ? si Oui, lesquels ?	Oui	La directrice intervient au sein du FAM, FV, [REDACTED]
	Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur?	Oui	La directrice a signé sa fiche de poste le [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Directeur : qualifications</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
		Oui	La directrice est diplômée [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Le remplacement de la direction</u> *		
	Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?	Oui	Le remplacement de la direction pour des raisons autres que l'astreinte est assuré par les [REDACTED] cadres de l'établissement et supervisé par la directrice territoriale en cas de nécessité. Les [REDACTED] cadres bénéficient d'une subdélégation spécifique pour ces temps de « remplacement ».
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. <u>Les subdélégations du directeur</u>		
	Quelle est l'organisation du pouvoir de subdéléguer sa signature ?	Oui	La directrice peut, par délégation de la [REDACTED] subdéléguer à son personnel des missions spécifiques. Cette subdélégation est mise en place par la directrice pour la [REDACTED] ou [REDACTED] lors de ses congés
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>		
	Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COPIL (réunions des cadres de la structure) (fréquence, participant, rédaction et diffusion CR)		La mission est informée par la directrice de la tenue des réunions suivantes qui donnent généralement lieu à un compte rendu accessible après validation par les membres de la réunion, sur l'intranet ou par mail : [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les astreintes administratives</u>		
	Une astreinte de direction est-elle mise en place la nuit ?	Oui	Les astreintes sont planifiées [REDACTED] Elles sont réalisées [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Les retours d'astreinte se font via [REDACTED] qui inclut la passation écrite et les documents nécessaires en cas de difficulté sur l'établissement. Un retour est également fait de façon orale chaque matin.
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante		
	Un professionnel encadre-t-il l'équipe soignante ?	Oui	Une cadre de santé encadre les soignants.
	- A quel niveau d'ETP ?		[REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative		
	Un professionnel encadre-t-il l'équipe éducative ?	Oui	L'encadrement éducatif est assuré par une cheffe de service éducative à temps plein.
	Si Oui,		
	- A quel niveau d'ETP ?	Oui	[REDACTED] ETP
	- Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ?		[REDACTED]
	Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	Oui	La fiche de poste générique de la cheffe de service [REDACTED] a été signée [REDACTED]. Elle comprend, les missions - en incluant le lien hiérarchique -, les activités principales, les compétences en matière de savoir-être, de savoir-faire et son temps de travail.
1.2. Management et Stratégie	1.2.16. Les conflits entre direction et salariés		
	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels ? (Signalement, pétitions, absentéisme élevé, rotation fréquente des personnels, affaires prud'homales, suivis troubles musculosquelettiques et risques psychosociaux, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats, ...)	Oui	Les différents entretiens menés, [REDACTED], n'ont pas fait remonter de conflit entre la direction et le personnel. Le personnel en CDI reste présent et le turn-over est faible. Cependant, la mission constate que les arrêts maladie sont présents, courts, et qu'il a été indiqué lors des entretiens qu'ils sont généralement en lien avec le comportement agressif de résidents
1.2. Management et Stratégie	1.2.17. Les affichages		
	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :		
	- Dernière enquête de satisfaction	Oui	Dans le hall
	- Règlement de fonctionnement	Oui	Le règlement de fonctionnement est en cours de rédaction
	- Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui	Dans le hall de l'établissement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Horaires d'ouverture de la structure	Oui	Sur la porte de l'accueil de jour

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. Le CVS		
	Un CVS existe-il ?	Oui	Le CVS est en place dans l'établissement.
	Le CVS se réunit au moins trois fois par an ?	Oui	En 2024, le CVS s'est réuni [REDACTED]
	La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :		
	- Deux représentants des personnes accompagnées ;	Oui	[REDACTED] représentants des personnes accompagnées sont élus.
	- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ;	Oui	[REDACTED] représentants des personnels sont élus [REDACTED].
	- Un représentant de l'organisme gestionnaire.	Oui	[REDACTED] représentants de la direction de l'établissement [REDACTED]
	Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :		
	- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ; - Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; - Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; - Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.	Oui	Le CVS du FAM est composé de : • [REDACTED] représentants des familles et [REDACTED] suppléants • [REDACTED] représentant des bénévoles • [REDACTED] représentant des organismes de représentants légaux La mission constate que dans la composition du CVS, il n'y a pas de représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 3 : L'absence de représentant de l'équipe médico-soignante au sein du CVS est contraire à l'article D.311-5 du CASF.
	L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux sont supérieurs à la moitié du nombre total des membres du conseil.	Oui	Il y a ■ représentants des personnes accueillies et de leur famille, ce qui est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.
	La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?	Oui	
	- Donner un avis et faire des propositions sur le fonctionnement de la structure ? (droit et liberté, organisation intérieure, vie quotidienne, activités, prestations, projet de travaux et d'équipement, prix des services, l'entretien des locaux, l'animation, les conditions de prises en charge)	Oui	Les réunions du CVS abordent divers sujets tels que le chauffage/rafraichissement, les activités, la qualité de vie, l'entretien des locaux et les travaux, les plannings. Le sujet de la restauration ■ est récurrent.
	- Associer à la révision du PE, notamment en matière de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ?	Oui	Le compte rendu du CVS ■ prévoit qu'il y aura un CVS exceptionnel pour validation des différents documents présentés ■
	- Etre entendu lors de la procédure d'évaluation et être informé des résultats et être associé aux mesures correctrices à mettre en place ?	Oui	Le compte rendu du CVS du ■ présente le résultat de l'évaluation qui s'est déroulée ■ Il précise également que lors de l'évaluation externe, ■ représentants du CVS ont été entendus ainsi que ■ personnes accueillies au FAM et ■ à l'Accueil de jour (p1).
	- Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ?	Oui	Les résultats de l'enquête de satisfaction sont présentés aux membres du CVS du ■. Sont abordés les résultats clés, points forts et propositions d'améliorations évoqués par les familles.
	Les événements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ?	Partiellement	La mission constate que : ■ ■

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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	La directrice, étant donné sa fiche de poste, est la garante de la démarche qualité au sein de l'établissement. Les modalités de traçabilité et la mise en place des actions correctives se font en lien avec la responsable qualité du siège.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.1. <u>Le responsable qualité</u>		
	Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?	Oui	Le siège met à disposition une responsable qualité qui est sous la direction de la directrice territoriale. La directrice s'appuie sur ce service support pour réaliser les actions en lien avec la qualité [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Au sein d'u FAM, il existe également une animatrice qualité, sous la responsabilité de la responsable qualité.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Les professionnels référents</u>		
	Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ?	Oui	Le rapport annuel [REDACTED] du FAM indique que la [REDACTED] est référente qualité de l'établissement [REDACTED]. Elle a le même rôle à l'accueil de jour [REDACTED] [REDACTED]
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>		
	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?	Oui	Les données issues du logiciel [REDACTED] démontrent l'existence de plans d'actions. Ils permettent de planifier, réaliser, vérifier, corriger ou réagir. L'établissement a mis en place un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), transmis à la mission. Il porte sur les années [REDACTED] : il présente pour chaque objectif une série d'actions précises, un responsable de l'action, une échéance, une priorité et l'état d'avancement du traitement. Il a pour source : les enquêtes de satisfaction, l'auto-évaluation, l'audit, les événements Indésirables et les réclamations. La mission d'inspection constate néanmoins que les corrections ne sont pas systématiquement réalisées dans les délais. [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les actions du plan qualité sont-elles mentionnées dans le rapport annuel d'activité ?	Oui	[REDACTED] Le rapport annuel d'activité [REDACTED] indique que [REDACTED] réunions institutionnelles ont eu lieu en [REDACTED] dont [REDACTED] thématiques sur la bientraitance et la qualité. Les réunions thématiques sont proposées après avoir observé des problématiques directement sur le terrain et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il indique également les sujets ciblés dans la démarche d'amélioration de la qualité : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
	Les actions du PACQ sont-elles suivies (non discontinu) ?	Partiellement	Pour l'année [REDACTED], [REDACTED] ne sont pas traitées au [REDACTED] aucune n'est achevée. Remarque 6 : Bien que tracées, [REDACTED] actions du PACQ pour 2 [REDACTED] n'ont pas encore été mises en œuvre au début de l'année [REDACTED].
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. <u>L'auto-évaluation</u> Le gestionnaire concourt-il à la mise en place de procédures de contrôle interne et à l'exécution de ces contrôles ;		
		Oui	La dernière auto-évaluation date [REDACTED] elle a été générée via [REDACTED]. Elle repose sur les [REDACTED] critères impératifs du référentiel d'évaluation de la HAS.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>L'évaluation externe</u> Une évaluation externe a-t-elle été réalisée dans les 5 dernières années ?		
		Oui	L'évaluation externe a été réalisée les [REDACTED] par un prestataire externe accrédité en attente du retour du rapport. La précédente datait [REDACTED]
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u> Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui est intégrée au projet d'établissement issue d'une réflexion portée par		
		Oui	D'après le PE, la politique qualité est déclinée en [REDACTED] grands axes : [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	l'encadrement avec la participation du personnel et des personnes ?		
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u>		
	L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations :	Oui	La directrice est responsable de la promotion de la bientraitance dans l'établissement.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.8. <u>La bientraitance en pratique</u>		
	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, - plan de soutien des personnels	Oui	Le Groupe SOS a bien mis en place un plan de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Les documents communiqués par le Groupe : une charte de bientraitance interne, un livret de la bientraitance Groupe SOS Solidarités ainsi qu'un plan de lutte de maltraitance daté de [REDACTED] exposant un plan d'action défini. En complément, la mission constate que la thématique de la bientraitance est abordée dans le cadre de réunions institutionnelles [REDACTED] et que des formations sont dispensées par [REDACTED] proposées aux différents professionnels [REDACTED]
1.4. Gestion de la qualité	1.4.9. <u>Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)</u>		
	La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?	Oui	L'organisation de la structure pour gérer et prévenir les comportements « problèmes » est inscrite dans le projet d'établissement.
	Pour prévenir la survenue du comportement problème, les besoins des personnes sont-ils identifiés ainsi que les facteurs de risque et les facteurs de protection (moyens de communication ; prise en compte de l'environnement) ?	Oui	La mission constate la mise en place de procédures et des réunions permettant aux équipes de mieux appréhender la gestion des comportements « problèmes », notamment : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par : - Des procédures de gestion des comportements problèmes ; - Par la sensibilisation et la formation ;	Oui	[REDACTED] Sont présents au sein du FAM : [REDACTED] [REDACTED]
		Oui	L'établissement est également accompagné par [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
1.4. Gestion de la qualité	1.4.10. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)		
	Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de : - L'ARS - Du CD	Partiellement	Il existe une procédure des événements indésirables graves -EIG- [REDACTED] mais qui n'intègre pas les coordonnées du CD. Le document aborde les modalités de déclaration et traitement des événements indésirables et comprend une charte de déclaration des événements indésirables graves. Remarque 7 : La procédure de déclaration des événements indésirables graves n'indique pas que l'établissement doit aussi alerter le CD , seule l'ARS est citée, ce qui fragilise la communication entre le CD et l'établissement.
	En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ?	Oui	La mission constate que la liaison et la communication avec les familles ou les représentants légaux, en cas de violence, est immédiate. En effet, les familles peuvent adresser directement des mails, se déplacer ou appeler la direction. Ceci est confirmé par les familles et les représentants du CVS.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5.	1.5.1. <u>La direction</u>		
	La direction est-elle impliquée dans une démarche qualité au travers de la traçabilité des actions correctrices engagées et de leurs transmissions aux autorités administratives compétentes ?	Oui	La direction est responsable de la politique qualité au sein de son établissement. Pour ce faire, elle s'appuie sur la responsable qualité du siège.
	1.5.2. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>		
	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ?	Oui	Le logiciel [REDACTED] est utilisé pour les enquêtes de satisfaction [REDACTED] Pour les réclamations et plaintes issues des parents, le mail à la cheffe de service et la boîte aux lettres sont utilisés [REDACTED]
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.3. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u>		
	Les procédures de déclaration en interne d'événement indésirables sont-elles connues des professionnels ?	Partiellement	À la suite des entretiens menés auprès des professionnels, la mission constate une connaissance de la procédure de déclaration des EI et EIG, mais une méconnaissance des suites apportées à leur déclaration.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u>		
	Une procédure de suivi et d'analyse des EI : - Est-elle formalisée ?	Partiellement Choisissez un élément.	La fiche de procédure de déclaration des EI/EIG a été mise à jour [REDACTED] Il existe également une charte des déclarations des événements indésirables [REDACTED] [REDACTED] fiches d'événements indésirables -fiche EI- ont été adressées à la mission d'inspection dont [REDACTED] correspondent à la classification des EIG : [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			[REDACTED] [REDACTED] L'équipe n'a pas bénéficié de formation [REDACTED] pour la qualification des EI/EIG. Le PACQ prévoit des mesures correctives en lien avec les EI et EIG, qui sont en cours ou à venir. D'après l'entretien, il est précisé qu'il y a une référente bientraitance, et que les FEI sont traitées en réunion d'équipe. La mission constate l'absence de formation portant sur la qualification et le repérage des EI. Remarque 8 : Aucune formation portant sur la qualification et le repérage des événements indésirables, ainsi que sur la conduite des retours d'expérience, n'a été organisée [REDACTED]
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.5. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>		
	Les EIG sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS)	Non	La mission s'interroge cependant sur la culture de déclaration auprès des autorités de contrôle : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] La culture du repérage et de la déclaration de l'évènement indésirable apparaît insuffisamment répandue au sein de l'établissement Écart 4 : L'établissement ne procède pas de façon formalisée au retour d'expérience suite aux événements indésirables graves (EIG), ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure²</u>		
	La composition de l'équipe pluriprofessionnelle répond-elle aux exigences réglementaires ?	Oui	Voir organigramme
	Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comportent au moins : en précisant que l'ensemble des personnes nommées sont diplômées		Effectifs (personnes physiques) selon organigramme FAM communiqué [REDACTED]
	- Un psychiatre ;	Oui	[REDACTED]
	Ainsi que des membres des professions suivantes :		
	- Psychomotricien ;	Oui	[REDACTED]
	- Infirmier,	Oui	[REDACTED]
	- Aide-soignant	Oui	[REDACTED]
	- Un psychologue.	Oui	[REDACTED]
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.2. <u>Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure</u>		
	La structure comporte-t-elle :		
	- Assistant de service social ;	Non	[REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.8. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u>		
	L'organisation générale (trame) des plannings est-elle formalisée dans un document ?	Oui	Le planning hebdomadaire comporte bien la répartition des professionnels sur une journée, les horaires des professionnels, les jours de repos.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>Les plannings des professionnels</u>		
	Les plannings comportent-ils :		
	- La date,	Oui	la mission constate l'utilisation du logiciel [REDACTED] qui met à jour automatiquement les plannings. En fonction des éléments journalisés [REDACTED] renseignés par la secrétaire.
	- Le n° de version,	Oui	
	- La mention de la qualification des professionnels (IDE, Educateur, faisant-fonction, ...) et de la fonction effectivement assurée (IDE, Educateur, ...),	Non	
	- Les étages / unités d'affectation,	Oui	
	- Les temps de travail,	Oui	
	- Les absences et leur motif,	Oui	
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.10. <u>Analyse des plannings</u>		
	Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent-ils aux effectifs prévus sur les plannings ?		
	Globalement, les plannings, réalisés et prévisionnels, sont-ils cohérents avec l'organisation générale de la structure ?	Oui	Les plannings sont hebdomadaires, organisés par roulement, permettant une passation orale des informations [REDACTED] par jour [REDACTED] Cette passation des informations est quotidienne, mais rapide.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.11. <u>Les fiches de poste des professionnels</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées et signées ? Existe-t-il des fiches de poste ou fiche métier pour les personnels ? Sont-elles adaptées ? - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	Oui	Les fiches de poste décrivent les missions du poste et rappellent le rattachement hiérarchique du personnel. Elles sont signées par la personne employée. [REDACTED] [REDACTED] Les fiches de poste stipulent le nom du poste, la description de la fonction le lien hiérarchique ainsi que les heures à réaliser dans la semaine.
	Les fiches de poste comportent-elle :		
	- Description des fonctions,	Oui	
	- Lien hiérarchique,	Oui	
	- Horaires de travail,	Oui	
	- Prévention et gestion des risques en lien avec le poste.	Oui	

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.1. <u>La complétude des dossiers médicaux</u>		
	La traçabilité des interventions des professionnels de soins est-elle effective ?	Partiellement	Les dossiers médicaux des résidents sont constitués sur le logiciel [REDACTED]. Il a été indiqué en entretien qu'ils recensaient l'ensemble des informations médicales relatives aux résidents, [REDACTED] [REDACTED] Il a par ailleurs été précisé en entretien qu'il existait des dossiers au format [REDACTED], stockés dans le bureau du médecin coordinateur [REDACTED]. Ce dernier étant absent le jour de l'inspection et aucun [REDACTED].

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			des professionnels présents ce jour-là ne disposant de la clé donnant accès à l'armoire qui contient ces dossiers, la mission n'a pu les consulter. Cependant, un accès distant a été fourni au médecin de la mission, qui a donc pu vérifier leur contenu. En pratique, les documents au format Papier sont régulièrement retrouvés dans les dossiers informatisés. Leur rattachement n'est cependant pas toujours correct, la plupart des derniers résultats de biologie ayant été rattachés au menu [REDACTED] » au lieu du menu [REDACTED] Par ailleurs, plusieurs observations en lien avec les prises en charge paramédicales [REDACTED] se trouvent rattachées au menu [REDACTED] » alors d'autres ([REDACTED]) sont rattachées au menu « [REDACTED] », ce qui complique la recherche d'information. Enfin, des informations dont le suivi dans le temps pourrait être utile, sont effectuées sous forme de transmissions, ce qui rend leur recherche compliquée et leur caractère plus éphémère. Ainsi, la mission a retrouvé la mention [REDACTED] [REDACTED] De même, une transmission détaillée et ciblée sur la douleur a été réalisée alors que les rubriques d'évaluation de la douleur n'ont pas été renseignées. Les pansements sont également tracés sous forme de transmissions. Pourtant, l'outil [REDACTED] semble offrir la possibilité de saisir le suivi des pansements dans une rubrique dédiée, celle-ci pouvant être appelée grâce à la barre d'accès rapide située en haut du dossier de l'usager. A la décharge des soignants, l'accès à cette potentielle fonctionnalité n'est cependant pas intuitif et n'a pas été retrouvée par la mission. Remarque 10 : Au sein du dossier médical, le rattachement des résultats de laboratoire n'est pas toujours correctement effectué dans le bon menu du logiciel [REDACTED] notamment pour les derniers résultats reçus. Les observations paramédicales sont classées de manière différente d'un dossier à l'autre ou d'un professionnel paramédical à l'autre. Et plusieurs informations qui nécessiteraient de rester facilement visibles et accessibles dans le temps sont rédigées sous forme de transmissions et non d'observations ou bien n'utilisent pas les rubriques prévues dans le logiciel [REDACTED] ce qui rend leur caractère plus éphémère.
	Synthèse médicale datant de moins de 1 an présente dans les dossiers médicaux	Oui	L'outil [REDACTED] permet d'éditer un dossier médical qui reprend les principales rubriques du dossier [REDACTED] et précise le nom et les coordonnées du médecin traitant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	DLU identifié classé ou possibilité d'édition du DLU ³ ?	Oui	L'outil [REDACTED] permet d'éditer un dossier de liaison d'urgence (DLU) mais il a été indiqué en entretien que celui-ci ne comportait pas suffisamment d'informations relatives à la prise en charge spécifique du handicap des résidents. La cadre de santé a expliqué qu'elle avait sollicité l'éditeur du logiciel [REDACTED] afin qu'il adapte le DLU pour prendre en compte ces besoins. Le DLU est accessible via [REDACTED] Cependant, seule la fonctionnalité d'envoi du dossier étant proposée [REDACTED] [REDACTED] la mission n'a été en capacité d'analyser le contenu du DLU.
	Il existe un projet de soins dans un dossier médical/de soins, avec objectifs et échéances ? Existe-t-il un plan de soin individualisé ⁴ ? Cibles ou diagnostics infirmiers/soins Traçabilité des réalisations et possibilité d'édition du taux de réalisation Référént identifié ?	Oui	Il n'y a pas de projet de soins dans le dossier du résident, qui comprendrait des objectifs et échéances. Il y a en revanche un plan de soins pour chacun des résidents, qui décline notamment les soins d'hygiène et inclut certains suivis [REDACTED]
	Il existe dans le dossier de soins un bilan de l'état buccal et dentaire du résident ? Dates des dernières mises à jour ?	Oui	La mission n'a pas retrouvé de bilan de l'état buccal et dentaire des résidents mais elle a pu constater la traçabilité dans plusieurs dossiers des visites effectuées par les résidents chez le dentiste.
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur ⁵ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ?	Oui	La mission a examiné la rubrique du dossier médical dédiée à l'évaluation de la douleur et [REDACTED] [REDACTED] Comme indiqué plus haut dans le rapport d'inspection, des transmissions relatives à la douleur sont réalisées par les professionnels. Celles-ci ne s'appuient pas sur des échelles de douleur validées et sont essentiellement exprimées avec des mots [REDACTED] par les professionnels, mais elles sont ciblées.

³ Si urgence la nuit, DLU prêt ou édition extemporanée ? par qui ? Quels droits d'accès ?

⁴ Edition du plan de soin d'une IDE, d'une AS, d'une AES, d'une veilleuse pour la semaine en cours

⁵ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Pour [REDACTED] résidents, aucune traçabilité de détection de douleur n'a été effectuée [REDACTED] depuis plus d'un [REDACTED], ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qui préconisent une détection de temps en temps, y compris pour les résidents qui n'expriment pas explicitement une douleur. Remarque 11 : La détection épisodique systématique de la douleur des résidents n'est pas effectuée et le suivi de la douleur des résidents ne s'appuie pas sur des échelles validées, ce qui est contraire aux RBPP (réf. : Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.)
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</u>		
	L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ?	Oui	L'accès au logiciel [REDACTED] se fait par identifiant et mot de passe et selon un profil adapté à la fonction exercée au sein du FAM. Par ailleurs, l'accès aux dossiers médicaux au format Papier est sécurisé par [REDACTED] serrures : [REDACTED]. Ces [REDACTED] accès étaient bien sécurisés le jour de l'inspection.
	Tenue du dossier médical : supports synthèse d'entrée, traçabilité des consultations, bilans et examens complet régulier ? ordonnances à jour ? codes nominatifs ?	Oui	La mission a constaté une tenue régulière des dossiers médicaux. Le seul bémol déjà exprimé dans le rapport d'inspection concerne le classement de l'information au sein du dossier [REDACTED]
	2.2.3. <u>Le dossier de soins</u>		
	Dossier paramédical ? diagnostic infirmier ? utilisé par tous les PDS ? codes nominatifs ?	Partiellement	La mission a observé que [REDACTED] signatures de professionnels étaient effectuées avec des identifiants non personnalisés [REDACTED]. [REDACTED] bien qu'adaptés à leur profil, ce qui ne permet pas de tracer correctement leurs interventions.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Pour les dossiers informatisés : la liste des droits d'accès est-elle formalisée et respectée ? Matrice d'accès différenciés aux dossiers en fonction de la catégorie professionnelle ?		Remarque 12 : Le recours à des profils de connexion [REDACTED] ne mentionnant pas clairement l'identité du professionnel mais uniquement sa fonction de vacataire [REDACTED] ne permet pas, d'une part, d'identifier facilement le professionnel qui a rédigé la transmission [REDACTED] et d'autre part, fragilise la sécurité d'accès aux données personnelles des résidents.
2.3. Gestion d'information	2.2.4. <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 ?	Partiellement	En pratique, il n'y a pas d'intervenants extérieurs qui interviennent au sein du FAM. Les résidents sont accompagnés à l'extérieur [REDACTED] et une observation est formalisée par le professionnel ayant accompagné le résident à leur retour.

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u>	Oui	La mission a constaté que les bâtiments du FAM et de l'AJ sont en bon état général. Pour les 2 établissements les jardins semblent peu investis par les équipes et usagers. Au niveau des contrats de maintenance : - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Remarque 13 : Le gestionnaire n'a pas fourni l'avenant de prolongation signé pour [REDACTED]. Des contrats de maintenance sont fournis [REDACTED]
24. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Le suivi des réparations</u> Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Oui	L'organigramme met en évidence [REDACTED] poste d'agent technique en CDI hiérarchiquement relié à la Directrice. Sa fiche de mission indique les fonctions pour le FAM et l'AJ : [REDACTED]
24. 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 :	Oui	<u>Signalétique spécifique :</u> La mission a constaté que des pictogrammes de repérage spatio-temporel sont utilisés pour les résidents qui le nécessitent. [REDACTED]

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u>		La configuration du FAM sur ■ étages offre ■ espaces communs : ■ ■
	2.4.2. <u>Les chambres</u>		
	Équipement de la chambre ?	Oui	Chaque chambre est privative et pourvue d'une salle de bain ■ Le socle de prestations relatives à l'hébergement est conforme au CASF.
	Sécurités (fenêtres)	Oui	Les fenêtres contrôlées au ■ par la mission étaient correctement verrouillées.
	Sanitaires et salles de bain individuels	Oui	Les salles de bains individuelles sont faciles d'accès et adaptées.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. <u>La circulation dans les locaux</u>		Au sein du FAM : accès sécurisé par badge à l'établissement et aux étages, déplacement à l'extérieur encadré par des professionnels. Chaque résident dispose d'un badge pour accéder à sa chambre Au sein de l'AJ : accès à l'établissement par badge, déplacement à l'extérieur encadré par des professionnels La mission d'inspection constate que le fonctionnement de la structure, sur ■ étages, constitue une problématique à différents niveaux : surveillance des résidents, nombre de personnel nécessaire, coût énergétique.

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. <u>Les vaccinations des usagers</u>		
	Traçabilité des vaccinations réalisées et des refus : synthèse annuelle	Partiellement	La mission a retrouvé, dans les dossiers médicaux, la traçabilité de la vaccination antigrippale lorsque celle-ci avait été effectuée. Mais pour les dossiers dans lesquels n'existe pas de traçabilité, il n'y a pas d'indication de refus de vaccination tracée au sein de la rubrique dédiée aux vaccins de ■ ■ Mais la mission a retrouvé, dans les transmissions, la mention de certains refus de vaccination.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Les autres vaccins [REDACTED] ne sont pas tracés dans les dossiers. Remarque 14 : Les vaccinations des résidents, autres qu'antigrippales, ne sont pas tracées, ce qui pénalise la complétude des dossiers médicaux.
	Recueil de l'accord des responsables légaux tracé	Oui	La mission n'a pas retrouvé la traçabilité de l'accord des responsables légaux pour la vaccination antigrippale. Il semble que [REDACTED] ne permette pas d'associer cette information à la vaccination. Cependant, plusieurs transmissions relatives à la vaccination ont été retrouvées, dont certaines mentionnent l'accord des parents.
2.5. Sécurité	2.5.2. L'aide à la prévention des chutes Des installations de lève-personne, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmerie ? Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : - barres d'appui systématiques - sièges fixes ?		À l'infirmerie, la mission n'a pas relevé la présence d'équipements tels que des lève-personnes. Des barres de maintien sont observées dans les escaliers. D'après les documents transmis par l'inspecté, l'établissement n'a pas transmis de procédure spécifique en cas de chute. Cependant, aucun résident n'est identifié comme étant à risque de chute. L'établissement a transmis à la mission un tableau [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] ont été répertoriées en 2024 et une en 2025. Écart 5 : En l'absence de procédure dédiée [REDACTED], l'établissement ne définit pas de conduite à tenir en cas [REDACTED] d'un résident, ce qui limite l'efficacité de l'intervention des professionnels dans de telles situations et contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>L'admission</u>		
	Politique d'admission : existe-t-il une procédure d'admission formalisée : L'EAM utilise-t-il le dossier unique d'admission usager ? Si non, pourquoi ?	Oui	Procédure Admission et Accueil [REDACTED] L'usager complète le DUA, les candidatures sont étudiées lors d'une commission d'admission représentée par une équipe pluridisciplinaire [REDACTED] [REDACTED] La temporalité est fonction des dossiers à étudier. Un courrier est adressé ensuite aux demandeurs pour les informer de l'avis formulé. La gestion de [REDACTED] est effectuée par [REDACTED].
	Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?	Oui	Les critères d'admission pris en compte [REDACTED] [REDACTED] Un lien est effectué avec la famille et l'usager afin de recueillir leurs attentes. Si un accord est émis à l'issue de la commission, et en l'absence de place disponible, des accueils temporaires sont proposés.
	<u>Existe-t-il une commission d'admission ?</u> Si Oui, sa composition et sa fréquence ou modalités d'organisation ? Si non, l'admission est-elle prononcée après avis des membres de l'équipe pluridisciplinaire ?	Oui	La commission d'admission est composée de la [REDACTED] [REDACTED] Des temps de prise de contact sont proposés à domicile ou sur l'établissement pour faciliter la transition.
	<u>L'établissement a-t-il mis en place des critères propres d'admission ?</u>	Oui	Il existe des critères [REDACTED] et [REDACTED] des personnes sont aussi inclus dans les critères d'admission.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<u>Les refus d'admission sont-ils tracés ?</u>	Oui	Les refus d'admission sont tracés avec information à la famille et à la Maison Départementale des Personnes Handicapées -MDPH-, et un tableau de suivi des commissions d'admission est formalisé
	Qui donne son avis sur les dossiers d'admissions ?	Oui	Après analyse des dossiers par l'équipe d'admission, c'est la directrice qui décide et valide l'admission.
	Les motifs de refus sont-ils notifiés aux familles ?	Oui	
	Y-a-t-il des séjours d'observation ? <u>Un stage d'observation</u> est-il proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission ?	Non	L'établissement accueille tous les résidents dès lors que le dossier a été validé par la commission d'admission, ce qui constitue une bonne pratique.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »</u>		
	La structure participe-t-elle à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) pour l'élaboration de piste d'action individualisées pour des usagers sans solution ou pour des usagers dont la situation est complexe ?	Oui	Ce dispositif ne semble pas identifié par les agents. La participation à ces instances est possiblement portée par les cadres. [REDACTED] n'a pas évoqué de lien de proximité avec la MDPH en dehors de ViaTrajectoire Pour une situation individuelle complexe, la MDPH a été sollicitée pour une demande d'étude de plan d'accompagnement global, par la structure. Cette demande est soumise à validation des représentants légaux pour étude et elle permettrait de mobiliser des moyens humains et financiers complémentaires. Pour information, antérieurement cette situation a bénéficié d'un suivi par le Dispositif d'Orientation Permanent de la MDPH.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>Le document individuel de prise en charge (DIPC) - contrat de séjour</u>		
	Un DIPC est élaboré à l'admission de l'utilisateur ?	Oui	Il existe un guide « contrat de séjour » et DIPC datés du [REDACTED] Les deux documents sont conformes aux attentes du CASF.
	La participation et le consentement de l'utilisateur sont recherchés lors de l'élaboration du DIPC ? (Signature de l'utilisateur ou son représentant légal)	Oui	Les DIPC sont signés, selon leur capacité, par les usagers et/ou par les représentants légaux.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>Le livret d'accueil</u>		La mission constate que le livret d'accueil a été réalisé [REDACTED] et présenté au CVS [REDACTED]
	Un livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal ?	Oui	les documents de la loi 2002.2 sont bien remis à l'admission comme par exemple [REDACTED]
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. <u>Les médecins traitants</u>		
	Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?	Oui	La liste des médecins traitants (MT) de chacun des résidents a été adressée à la mission. La plupart des résidents ont un MT de famille. Seuls [REDACTED] résidents sont suivis par des MT en lien avec l'établissement.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.6. <u>Les transmissions inter équipes</u>		
	Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ?	Oui	Une heure de transmissions, temps mis en place par la coordinatrice
	Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ?	Oui	Les transmissions sont effectuées [REDACTED] [REDACTED]
	Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...)	Oui	Selon les entretiens, les temps de transmission ne sont pas formellement définis. Les équipes consultent les transmissions enregistrées sur le [REDACTED]. L' [REDACTED] échange à l'oral des informations avec les [REDACTED] lors des transmissions matinales. Par ailleurs, les équipes disposent de téléphones [REDACTED] leur permettant d'être joignables dans les étages en cas de besoin.
	3.1.7. <u>Relations avec la MDPH</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les relations avec la MDPH sont-elles institutionnalisées ? Y a-t-il un interlocuteur identifié au sein de la structure ? Existe-t-il des échanges informels (mails, téléphones) entre la MDPH et l'établissement sur la situation de certains adultes ? Réf. :	Oui	Les liens avec la MDPH semblent essentiellement liés à [REDACTED] et c'est [REDACTED] qui en assure le suivi. Pour une situation, il est évoqué la mobilisation de Crédits Non Reconductibles de l'ARS pour le financement d'un renfort de veilleur de nuit. Une collaboration avec [REDACTED] service de coordination des situations complexes, est aussi évoquée, mais il s'agit du même gestionnaire.

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie 3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.1. <u>Les outils d'évaluation</u> Quelles sont les modalités et outils/échelles d'évaluation des besoins, des capacités et de l'autonomie des usagers ?		Reprise des objectifs de travail de l'année antérieure dans chaque PIA avec projection pour l'année future sur les items atteints, en cours, partiellement... Et identification des moyens pour y parvenir Adaptation des objectifs à atteindre en fonction des capacités du résident et autodétermination
	3.2.2. <u>Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :</u>		
	Chaque usager a un projet individualisé d'accompagnement ?	Oui	L'ensemble des PIA ont été réalisés pour les années 2023 et 2024. Avant l'élaboration du PIA, les familles/représentants légaux sont contactés par la psychologue pour un recueil des attentes. La participation de l'usager à sa synthèse est mise en palce dès lors que cela lui est possible. Un bilan à mi parcours (6 mois) est effectué avec réajustement des objectifs, si nécessaire, par l'équipe pluridisciplinaire et le référent.
	Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ?	Oui	Des appels mensuels sont formalisés auprès des familles par le référent. Pour chaque résident sont désignés un référent et un co-référent
	Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ?	Oui	La direction nomme dès l'admission

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ?	Oui	Les familles sont sollicitées en amont de la réunion, afin de recueillir les éléments qu'elles souhaitent transmettre à l'équipe et voir formaliser dans l'écrit
	Existe-t-il des réunions de synthèse régulières ?	Oui	Réunion de préparation au PIA, une semaine avant la réunion de présentation des PIA.

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>L'identification des usagers (identitovigilance)</u>		
	Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? photos, étiquette, bracelet, ...	Oui	Les piluliers de chaque résident comportent une photo et un trombinoscope est accessible via le logiciel Livia™.

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.1. <u>Relations avec les familles</u>		
	Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?	Oui	Une rencontre par mois est organisée avec les familles et le référent. Il est possible d'échanger par mail. Des plannings peuvent être formalisés par la cadre pour réguler les échanges entre l'institution et les responsables légaux. Présence des familles lors de la réalisation du PAI annuel La structure organise des journées portes ouvertes accessibles aux familles ainsi qu'une journée fête de fin d'année. Espace collectif qui peut être mis à disposition des familles

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	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, ...)	Oui	Oui il est possible de joindre l'établissement, le référent ou la direction directement par mail, téléphone, rencontre sur place.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. <u>Organisation de sortie extérieure</u> La structure organise-t-elle des sorties extérieures :		Des conventions sont formalisées avec des prestataires extérieurs afin de proposer un panel d'activités différencié aux résidents [REDACTED] La difficulté dans la mise en œuvre est liée aux effectifs du personnel qui, pour permettre le déplacement du groupe, nécessite un encadrement suffisant. [REDACTED] L'établissement organise des séjours [REDACTED] notamment [REDACTED]
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u> Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ? Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ?	Oui Oui	Des temps de formation et de réunions sont dédiés à la question de l'intimité et du respect de la vie affective des usagers au sein du collectif. Notamment sur les temps de week-ends où les effectifs de résidents sont réduits et le personnel mutualisé.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u> Y a-t-il une organisation pour le transport :		Des difficultés dans les trajets, liées à la localisation géographique des bâtiments entre le FAM et l'accueil de jour sont régulièrement évoqués par les familles. En effet, toutes les activités se déroulent à l'Accueil de jour, avec un rassemblement des résidents des 2 structures. Ainsi, les résidents du FAM se déplacent jusqu'à l'accueil de jour, situé à 10 mn à pied de l'hébergement. Au regard du profil des usagers et de leur pathologie, ces allers-retours [REDACTED] sont épuisants d'après les familles et les résidents eux-mêmes.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Entre leur domicile et la structure ?	Oui	Par ailleurs, ils mobilisent des moyens humains conséquents pouvant engendrer l'annulation de certaines activités initialement programmées. De plus, l'organisation spatiale du FAM, divisée en ■ étages offre l'opportunité de petites unités mais mobilise beaucoup de professionnels, qui font défaut sur la structure ■■■■■■
	- Entre la structure et l'internat ?	Oui	La nuit, ■ veilleurs pour les ■ étages et rassemblement des résidents sur les temps de week-ends au regard des effectifs réduits du personnel.

3.6. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.1. <u>La conception des repas</u>		
	Les repas des jeunes sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leur âge ? Il y a-t-il une commission des menus ?	Partiellement Oui	Un prestataire externe, livre chaque matin les repas du FAM en liaison froide, par camion. Les repas sont ensuite réchauffés par l'équipe de cuisine, composée d'agents de services extérieurs [REDACTED] Les menus communiqués pour la période du mois de [REDACTED] Commission menue : L'établissement n'a pas fourni à la mission les comptes rendus des commissions menus. À la lecture des comptes rendus de CVS il apparaît qu'elles ne sont pas mises en place depuis [REDACTED]. Leur tenue ne figure pas non plus dans le PACQ [REDACTED] Organisation du choix des repas : Posée au CVS du [REDACTED] la question de qui choisit les repas a été abordée. L'organisation était alors la suivante : [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			[redacted] Au CVS du mois de [redacted] la mission constate que l'organisation a changé : c'est désormais [redacted] et quelques personnes accueillies [redacted]. À terme il est prévu que ce soit [redacted] qui supervise le choix. Remarque 15 : L'instabilité de l'organisation du choix des repas génère des problèmes Les repas dits « thérapeutiques » : Les repas ne sont pas préparés sur place sauf [redacted] [redacted] l ressort des entretiens menés avec [redacted] que ces déjeuners thérapeutiques sont organisés par étage en fonction des envies des résidents. Les courses sont effectuées le [redacted]
	Les repas sont-ils préparés :		
	- Sur place	Oui	La prestation : Un prestataire de restauration collective, par un prestataire externe, livre chaque matin les repas du FAM en liaison froide, par camion. Les repas sont ensuite réchauffés par l'équipe de cuisine, composée d'agents de service extérieurs [redacted]
	- Par un prestataire de restauration collective ?	Oui	Les menus adressés à la mission présentent une incohérence au niveau des codes couleurs des plats. La mission constate que le code couleur orange [redacted] et le code couleur turquoise [redacted] n'est pas appliqué sur le menu proposé. [redacted]
	Existe-t-il un contrat entre la structure et le prestataire ?	Non	La question des repas est un sujet récurrent au sein de l'établissement. Il est abordé aux CVS sans que des réponses ne soient clairement apportées par la direction. D'ailleurs le PACQ n'aborde pas non plus ce sujet. A l'issue de l'inspection, la mission a été alertée par des familles sur le sujet. <u>Problématiques abordées par le CVS : qualité, quantité, service et coût des repas.</u> Du point de vue de la qualité, les féculents sont soit trop présents [redacted] soit insuffisants ([redacted] et compensés par l'établissement ([redacted]) [redacted] Les remontées des salariés et familles alertent sur la qualité et la quantité [redacted]. Au CVS du [redacted] la direction accepte d'adresser un courrier au prestataire pour lui signaler les problèmes rencontrés en y associant les familles. Toutefois au CVS du [redacted]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution (allergie, fausse route, sans porc, ...) ?	Non	la direction indique ne pas avoir connaissance des plaintes des salariés. Interrogé sur les repas le jour de l'inspection, le personnel confirme qu'ils sont mauvais. Le manque de quantité est soulevé à plusieurs CVS sans action concrète de la part de la direction auprès du prestataire pour mettre au clair ce sujet. L'achat supplémentaire de steaks hachés, de pâtes et de légumes surgelés est la solution apportée par la direction. La , intervenue au CVS du précise aux familles que le contrat avec le prestataire prévoit le réajustement des grammages au fur et à mesure ; convient qu'il arrive que « de temps en temps » les grammages ne soient pas respectés. L'entretien avec du groupe le jour de l'inspection corrobore ces faits. Au CVS du 13/11/24, la direction informe des difficultés rencontrées avec le logiciel de commandes, ce qui a eu pour conséquence l'absence de livraison de repas ou des repas manquants. Ce dysfonctionnement vient du prestataire externe, qui doit le corriger. Pour le service, les membres du CVS soulignent que les repas sont inégalement distribués en quantité selon les étages et qu'ils ne sont pas assez chauds). La direction répond le qu'un changement de prestataire est à l'étude mais que celui-ci devrait garder les mêmes salariés, Remarque 16 : La mission identifie l'absence de réactivité de la part des prestataires externes, ce qui impacte la qualité des repas pour les usagers. <u>Le coût des repas :</u> Plusieurs courriers de plainte de familles ont alerté la mission à propos de l'augmentation à plusieurs reprises du coût des repas depuis . Au CVS la direction explique que ces augmentations successives sont liées à l'augmentation du coût des matières premières et de l'énergie, ainsi qu'à l'indexation sur une grille tarifaire ancienne du prestataire externe. Dans le courrier adressé à la mission par il est indiqué que prestataire externe se dédouane de toute augmentation du tarif des repas. Remarque 17 : Les raisons exactes de l'augmentation du coût des repas ne peuvent être expliquées par l'établissement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<u>L'enquête de satisfaction « Prestataire externe » : qualité, quantité et diversité</u> La Direction a fourni le résultat des enquêtes de satisfaction du prestataire externe" [redacted] à destination des directeurs ([redacted] et [redacted] du groupe SOS. <u>Les directions font remonter :</u> [redacted] de satisfaction sur la simplicité des commandes [redacted] de satisfaction pour les livraisons + les délais de livraison + les relations avec les équipes prestataire externe [redacted] d'insatisfaction quant au choix des menus contre [redacted] satisfaction [redacted] d'insatisfaction quant à la diversité des menus contre [redacted] [redacted] des repas ne plaisent pas aux personnes accompagnées contre [redacted] qui sont satisfaits <u>Les salariés font remonter :</u> [redacted] d'insatisfaits ou peu satisfaits de la qualité gustative [redacted] ne trouvent pas le plat visuellement appétissant [redacted] nsatisfaits ou peu satisfaits de la quantité [redacted] d'insatisfaits ou peu satisfaits de la variété des plats [redacted] d'insatisfaction quant à l'équilibre des plats contre [redacted] satisfaits Parmi les pistes d'améliorations proposées par les salariés on retrouve majoritairement le sujet des quantités (insuffisantes), de la qualité gustative [redacted] et enfin de la diversité. <u>Informations reçues après l'inspection</u> [redacted] À la suite de l'inspection, la mission a été sollicitée par des [redacted] qui alertent sur la persistance des problèmes liés aux repas proposés. A partir de ces courriers du [redacted] la mission est informée que persistent : - L'absence de commission des menus - L'achat, par le FAM, d'aliments complémentaires tels que des pâtes, du fromage ou des fruits

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			- La confirmation par les équipes que les repas seraient "lights" et compensés avec du pain, du fromage ou ce qu'elles trouvent - Le manque de communication avec la Direction qui contribue à éroder la confiance des familles à son égard. Dans son courriel du [REDACTED], la directrice de l'établissement précise que : [REDACTED] [REDACTED] Remarque 18 : La problématique des repas reste un sujet de tension entre les familles et la direction.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.2. <u>Les salles de restauration</u>		
	Quels sont les horaires de repas et de collations ?	<u>Oui</u>	Petit-déjeuner [REDACTED] [REDACTED] Déjeuner : [REDACTED] Goûter : à partir de [REDACTED] Diner : à partir de [REDACTED] Collation du soir : [REDACTED]
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.3. <u>Les régimes, textures</u>		Aucun régime, ni texture spécifique n'est prévu [REDACTED] sélectionne les menus en tenant compte des besoins liés au transit intestinal et en les adaptant à l'état de santé des résidents.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.4. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u>		
	Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (Exemple : Test du verre d'eau)	Non	La mission n'a pas observé au sein de l'établissement de procédure concernant la prise en charge des troubles de la déglutition et la gestion des fausses routes. De plus, aucune procédure sur cette thématique n'a été transmise par l'établissement. D'après les entretiens, la majorité des résidents ne présente pas de problématique liée aux troubles de la déglutition. Seul un résident est identifié comme étant à risque de fausses routes, mais sa situation ne nécessite pas de recours

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	Non	à une texture adaptée, ni l'écrasement de ses médicaments. Il est suivi par un gastro-entérologue et serait en attente d'un suivi par un orthophoniste. Le médecin a spécifié en entretien qu'il se renseignait, en amont des admissions, auprès des résidents et de leurs familles, sur d'éventuels risques de fausse route. Mais aucun test spécifique [REDACTED] n'est réalisé lors de l'admission. Les professionnels n'ont pas bénéficié de formation spécifique au sein de l'établissement sur les troubles de la déglutition et la gestion des fausses routes. Remarque 19 : Bien que peu de résidents soient à risque de troubles de la déglutition et de fausses routes, l'établissement ne dispose d'aucune procédure spécifique à ce sujet, et les professionnels ne sont pas formés à cette problématique, ce qui contrevient aux règles de bonnes pratiques [REDACTED] Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [REDACTED]
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.5. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u>		
	Y a-t-il un suivi de l'état nutritionnel (poids, IMC) ?	Partiellement	La mission a retrouvé, dans les dossiers des résidents, la traçabilité des mesures de poids de l'ensemble des résidents. Pour la plupart d'entre eux, la dernière mesure datait du mois précédent. Pour [REDACTED] d'entre eux, la mesure remontait à [REDACTED] mois, et pour un à [REDACTED] mois. Il ressort de l'analyse des poids et de leur évolution ainsi que des indices de masse corporelle (IMC), que seuls [REDACTED] résidents sont dans les fourchettes « normales » de poids, selon la définition de la HAS pour les personnes adultes⁶. [REDACTED] est considéré comme étant en dénutrition sévère [REDACTED]. Cette situation est connue de l'établissement et fait l'objet d'un suivi. Elle est en lien avec la nature très filiforme du résident, qui a eu tendance à reprendre un peu de poids sur les [REDACTED] derniers mois [REDACTED]. Pour tous [REDACTED] on retrouve un surpoids, voire une obésité modérée [REDACTED]. Cette situation, si elle est à rapprocher de la prise de médicaments qui s'accompagne souvent d'une prise de poids [REDACTED], montre tout de même une augmentation de [REDACTED] du poids en moyenne pour ces derniers résidents sur les [REDACTED] derniers mois [REDACTED] ce qui montre une tendance assez marquée à la prise de poids.

⁶ Ces fourchettes s'appuient sur un IMC compris entre 18,5 et 24,99 kg/m2 et sur des variations de poids à 1 mois et à 6 mois (pour la recherche de dénutrition : respectivement supérieures ou égales à 5% et 10%)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Il est à noter que la situation de surpoids de [REDACTED] des résidents est connue de l'équipe médicale et soignante car la situation a été décrite en entretien. Il a notamment été souligné que cela allait à l'encontre de ce que pensaient les parents des résidents, qui expriment le fait que leurs enfants ne seraient pas assez nourris, ce qui peut compliquer la prise en charge de cette problématique par les équipes du FAM. La mission a analysé plus spécifiquement les dossiers des [REDACTED] résidents en obésité modérée pour constater que [REDACTED] résidents sont suivis sur le plan nutritionnel par des spécialistes et [REDACTED] autres n'ont pas bénéficié de suivi nutritionnel spécialisé depuis au moins [REDACTED]. Cependant, l'évolution récente de leur poids n'est plus favorable selon qu'ils bénéficient d'un suivi spécialisé ou non. Au total, il apparaît que l'établissement est globalement attentif à l'évolution du poids des résidents et cherche à mettre en place des adaptations des régimes et de l'activité physique des résidents pour gérer les situations de surpoids.

3.7. La dispensation des soins

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.7.1. L'organisation des soins		
	3.7.1.1. L'organisation des soins définie par le PE		
	Le PE précise l'organisation de la coordination des soins ? Existe-t-il un projet de soins actualisé ? Le projet d'établissement ou de service prévu à l'article L. 311-8 : 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ; 6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ; 7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ;	Oui	L'établissement a transmis à la mission son projet d'établissement couvrant la période [REDACTED]. Ce document détaille l'organisation de la coordination des soins entre les différents professionnels [REDACTED]. [REDACTED] Le projet de soins s'articule autour de plusieurs axes : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] L'établissement œuvre dans une logique d'évolution continue pour garantir un accompagnement de qualité, tout en assurant le respect des droits des usagers. Par ailleurs, le FAM/FV Espace Sesame développe une stratégie d'ouverture et de coopération, impliquant divers acteurs locaux. Cette approche repose sur des collaborations institutionnelles, une attention portée aux opportunités partenariales et un effort constant pour renforcer les réseaux extérieurs en vue de promouvoir l'intégration sociale des personnes au sein de la communauté. Le Projet d'établissement répond aux différents points définis dans l'article D344-5-5 du CASF.
	3.7.1.2. Le médecin chargé de la coordination médicale et soignante		
	Existe-t-il un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge médico-soignante ?	Oui	Le rôle de coordinateur médical est assuré par un médecin psychiatre.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	ETP ? Astreintes médicales ? Modalités ? Ce médecin dispose-t-il d'un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions ?		[REDACTED] Une fiche de poste a également été transmise. Elle est précise et adaptée aux besoins de l'établissement. D'après l'examen des dossiers médicaux et en cohérence avec ce que les professionnels ont indiqué en entretien, le psychiatre s'assure du bon suivi médical et soignant de l'ensemble des résidents et est tenu informé de l'ensemble des décisions qui les concernent. Il intervient même parfois directement sur des prescriptions simples relevant du somatique lorsque le médecin traitant ne peut voir le résident dans un délai raisonnable. Il participe à la phase d'admission en analysant le dossier médical du résident et en émettant un avis favorable ou non [REDACTED] et en participant aux réunions de la commission d'admission. Il n'existe pas d'astreintes médicales au sein de l'établissement.
	La coordination médicale est-elle effective	Oui	
	Est-il établi un rapport d'activité médical annuel ? conclusion et plan d'amélioration ?	Non	Non, aucun rapport annuel d'activité médicale n'est rédigé.
	Si un médecin référent est présent, quelles sont les modalités des relations professionnelles avec les équipes soignantes (réunions pluridisciplinaires) ? (compte-rendu)	Oui	D'après les entretiens, des réunions du pôle soins ont lieu une fois par semaine [REDACTED] avec [REDACTED] animées par [REDACTED]. [REDACTED] Ces réunions sont l'occasion de faire le point sur la prise en charge de l'ensemble des résidents et de faire remonter toutes les difficultés, y compris au-delà de la prise en charge en soins.
	3.7.1.3. Cadre IDE Un(e) infirmier(ère) d'encadrement et/ou de coordination est en poste ? La coordination est-elle effective ?	Oui	Cf. paragraphe précédent. Par ailleurs, la cadre de santé assure une supervision du travail des équipes soignantes. Elle veille à mettre à disposition des équipes des procédures adaptées au fonctionnement de l'établissement. Elle est notamment impliquée dans la sécurisation du circuit du médicament. L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste de la cadre de santé, qui a débuté ses fonctions [REDACTED]. [REDACTED] Selon les informations recueillies lors des entretiens, la cadre de santé a la charge de

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			la coordination entre les équipes de soins, de la gestion des rendez-vous médicaux et de l'organisation des sorties des résidents.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.2. <u>Plannings et continuité des soins</u> En journée, les plannings des professionnels intervenant dans les soins présentent-ils un chevauchement permettant une continuité des soins ? Quelle est l'organisation IDE en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, Permet-elle d'assurer la qualité et la sécurité des soins ? Nuit et WE ? Les plannings sont-ils affichés et connus des équipes ? De nuit, y-a-t-il des procédures et/ou des astreintes pour assurer la prise en charge en soins en continu ? - Astreinte IDE - Astreinte médicale	Non Oui	Non, les plannings ne permettent pas un chevauchement. Le matin, à leur arrivée, [REDACTED] lisent les transmissions en fonction de leurs jours d'absence. Toutes les informations et transmissions sont dans [REDACTED]. Les transmissions orales avec [REDACTED] sont réalisées au moment où elles font leur tour. Les plannings du pôle soins sont basés sur des rotations qui sont toujours identiques. Ainsi, les professionnels connaissent-ils systématiquement à l'avance leur planning. La continuité des soins s'appuie sur le dossier informatisé [REDACTED] et des procédures pour les prises en charge d'urgence [REDACTED].
	Organisation pour les transmissions quotidiennes ? Qui participe ? Quels sont les différents supports et cahiers de transmission entre les différents ? Contenu des transmissions ? Transmissions avec les médecins ? Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées,)?	Oui	Les transmissions sont toutes assurées sur le dossier de l'utilisateur [REDACTED]. La mission a pu vérifier la présence de transmissions régulières dans les dossiers des résidents. En cas de consultation externe, la mission a constaté la présence d'observations et/ou de transmissions qui reprennent (en citant clairement la source), les informations importantes, ce qui permet d'assurer une continuité, même lorsque le professionnel de santé externe ne rédige pas lui-même une observation. Il s'agit là d'une bonne pratique. Comme déjà mentionné supra [REDACTED] à plusieurs reprises, la mission a observé que des transmissions étaient signées avec des profils [REDACTED]. Ainsi, de manière régulière, il ne peut clairement être fait référence au professionnel qui a rédigé les transmissions, et cette pratique fragilise la sécurité de l'accès aux dossiers des résidents ce qui s'éloigne des bonnes pratiques.
	Continuité de l'accompagnement	Oui	A plusieurs moments lors des entretiens, il a été mentionné que les résidents étaient accompagnés lors de leurs déplacements pour consultations médicale ou paramédicale et il a été indiqué qu'une transmission ou une observation étaient formalisées à l'issue du déplacement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			L'examen des dossiers médicaux des résidents par la mission confirme cette bonne pratique.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.3. Missions médicales Rôle des médecins de la structure dans le processus d'admission. Evaluations Organisation permettant la participation des médecins au processus Bilan médical général systématique à l'admission, et tracé Composante MPR Composante neuropsychiatrique Un bilan médical complet annuel est-il réalisé pour chaque usager ? Traçabilité ? Organisation de la mise à jour des données médicales figurant dans les DLU Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché à la MAS ou extérieur ?	 Oui Oui Partiellement Partiellement Oui	Le médecin psychiatre est sollicité pour toute nouvelle admission. Lors de la visite de son bureau, les inspecteurs ont pu constater que des dossiers d'admission étaient soumis à son analyse. La mission a vérifié dans les dossiers médicaux la présence d'observations et de bilans biologiques datant de moins [REDACTED]. Pour tous les résidents, une à plusieurs observations médicales figurent dans les dossiers pour l'année 2024, y compris les consultations de spécialistes. [REDACTED] aucun résultat de biologie n'a été retrouvé. L'outil [REDACTED] permet d'éditer un dossier de liaison d'urgence (DLU). Celui-ci ne reprend que les informations médicales et soignantes. Il n'a pas été mentionné l'existence d'une fiche de liaison incluant les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par la personne [REDACTED]. [REDACTED] a indiqué travailler avec l'éditeur du logiciel pour faire rajouter ce type d'informations dans le DLU Écart 6 : Au jour de l'inspection, le dossier de liaison d'urgence, établi via le logiciel [REDACTED] ne permet pas d'inclure des informations relatives au handicap du résident, ce qui ne respecte pas la réglementation (réf. : Article D.344-5-8 CASF). Selon les situations des résidents, les traitements peuvent être prescrits par les médecins traitants, les spécialistes externes, ou par le médecin psychiatre de l'établissement. Tous les traitements sont prescrits, ainsi qu'a pu le vérifier la mission dans les dossiers des résidents.
	Un cabinet médical est-il présent dans la structure	Oui	Le médecin dispose d'un bureau avec un lit d'examen.
	3.7.4. Psychologue Présence Statut	Oui	[REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Chariot de soins avec matériels pour : dosage de la glycémie, prise de température, prélèvements sanguins, pansements.	Oui	L'établissement dispose d'un chariot de distribution des médicaments sécurisé par un code. Le jour de l'inspection, le chariot était bien fermé et le code activé. Ce chariot contient les piluliers de chaque résident ainsi que des compartiments qui contiennent des produits de désinfection, un thermomètre, un tensiomètre, un saturimètre et un appareil de mesure de la glycémie.
	Produits d'hygiène (solution hydro alcoolique)	Oui	L'infirmerie dispose de produits d'hygiène tels que des solutions hydroalcooliques.
	Poste informatique relié au réseau avec imprimante	Oui	Un poste informatique (non équipé d'une imprimante) est disponible à l'infirmerie.
	Réfrigérateur avec thermomètre (température tracée)		Le réfrigérateur est équipé d'un thermomètre, et la traçabilité de la température est assurée.
	Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmerie ? Armoire contenant les médicaments hors PDA, sécurisation	Oui	Une réserve de pharmacie, située dans l'arrière-pièce de l'infirmerie, comprend [REDACTED] armoires. Une armoire sécurisée par code renferme les piluliers des résidents [REDACTED] semaines à venir.
	Dotation pour soins urgents	Non	L'établissement possède une dotation pour les besoins urgents, organisée par classe thérapeutique et conservée dans une armoire sécurisée située dans l'arrière-pièce de l'infirmerie. La mission n'a pas retrouvé la liste définissant la dotation d'urgence, dont l'audit réalisé [REDACTED] indiquait qu'elle était en cours d'élaboration entre l'établissement et le pharmacien. Écart 7 : La dotation de médicaments pour besoins urgents (stock tampon) n'est pas formellement définie sous forme d'une liste établie entre le psychiatre et le pharmacien partenaire, ce qui est contraire à la réglementation (réf. : article R.5126-108 du CSP).
	Armoire de stockage des piluliers hebdomadaires (livrés conditionnés sous blister)	Oui	Une armoire spécifique est réservée au stockage des piluliers hebdomadaires dans l'infirmerie. L'établissement a établi une convention avec une pharmacie et s'appuie sur une préparation des doses à administrer (PDA) [REDACTED]. Les livraisons, effectuées toutes [REDACTED] semaines, contiennent des blisters correspondant au traitement [REDACTED] de chaque résident.
	Coffre toxique et moyens de sécurisation	Non	L'établissement n'a pas recours à l'usage de médicaments stupéfiants.
	Chariot médicament	Non	Le FAM dispose d'un chariot sécurisé pour la distribution des médicaments, permettant de couvrir l'ensemble de l'établissement. Lors de l'inspection, ce chariot était sécurisé par un code et fermé
	Trombinoscope des résidents.	Oui	Les trombinoscopes des résidents sont disponibles dans le logiciel [REDACTED]
	Tableau de programmation des soins.	Oui	Un planning hebdomadaire est établi pour la dispensation des médicaments, précisant les noms des professionnels responsables.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Annuaire des principaux correspondants (établissements de santé, garde médicale 14, LBM, pédicures)	Oui	Un annuaire des principaux correspondants pour les volets établissement de santé et garde médicale est affiché dans l'infirmerie.
	Matériels de pesée – Balance debout – Chaise – Plateforme – Peson	Oui	L'établissement est équipé d'une balance debout pour effectuer la pesée.
	Tableau mural des retours des appels malades : ou le report des appel est fait directement vers les DECT des soignants.	Oui	Les professionnels sont équipés de DECT pour être joignables.
	Consignes AES	Oui	L'affiche des consignes en cas d'AES est visible dans l'infirmerie.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.6. <u>La prise en charge en rééducation (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)</u>		
	Composition de l'équipe de rééducation et plages horaires		L'équipe de rééducation comprend [REDACTED] [REDACTED]
	La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ?	Oui	La structure dispose d'une salle de rééducation [REDACTED] située dans le foyer de vie et équipée de divers matériels adaptés à la rééducation. Le FAM dispose également d'installations de [REDACTED] D'après les entretiens, [REDACTED] effectue des séances individuelles axées sur la motricité fine et globale, sur le travail de l'équilibre, la coordination, le schéma corporel et la perception des résidents dans le temps et l'espace. [REDACTED] intervient également sur le volet cognitif, le graphisme et adapte ses exercices en fonction des problématiques spécifiques de chaque résident, en incluant un travail sur le regard. Des activités sont réalisées à l'extérieur [REDACTED] permettant aux résidents de développer la motricité fine, chercher les prises en groupe et en individuelles.
	La salle de rééducation est-elle adaptée aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou	Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	d'adolescents accueillis, notamment des installations de balnéothérapie. ? Les missions d'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires sont-elles réalisées ? Une utilisation est-elle faite de toute technique adaptée de kinésithérapie ou de psychomotricité et l'utilisation d'aides techniques pour l'amélioration et la préservation des potentialités motrices ?	Oui Oui	D'après les entretiens, une prise en charge par des orthophonistes serait très utile à certains résidents [REDACTED] mais des difficultés persistent depuis quelques années pour faire intervenir ces professionnels et, pour l'instant, ces résidents ne sont pas pris en charge en orthophonie.
	Organisation pour l'adaptation de l'appareillage	Oui	[REDACTED] ajuste ses interventions en fonction des besoins spécifiques de chaque résident.
	Equipements des chambres favorisant l'autonomie et interventions de l'équipe soignante pour l'adaptation continue	Oui	Des salles d'apaisement sont mises à disposition dans le foyer.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.7. <u>Gestion des urgences médicales</u> Existe-t-il une conduite à tenir en cas d'urgence vitale y compris la nuit ? = procédure validée, droit numéro d'urgence, chariot d'urgence... ? Le matériel pour faire face à une urgence (aspirateur mucosités/BAVU et O2) et le matériel pour prise des constantes sont-ils accessibles 24h/24h ? Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation des matériels d'urgence ?	Oui Oui Oui Oui	Les numéros à contacter en cas d'urgence vitale sont affichés dans l'infirmerie ainsi qu'une conduite à tenir en cas d'urgence médicale. 3.7.5 L'établissement a fourni l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 pour [REDACTED] professionnels. Des boîtes de premiers secours sont disponibles à chaque étage.
	Dotation du chariot / sac d'urgence ? Signée ? Mise à jour ?	Non	Le sac d'urgence de l'établissement contient des gants, un insufflateur avec masque pour adultes et des éléments pour les premiers secours, mais aucun médicament destiné aux situations d'urgence. Aucune liste dédiée à cet effet n'a été établie avec le médecin et le pharmacien référent. Enfin, le sac d'urgence n'est pas scellé et il n'existe

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			aucune traçabilité de sa vérification mensuelle. Le protocole d'utilisation du sac d'urgence est cours d'actualisation.
	Le chariot d'urgence est-il scellé ? Contenu du chariot d'urgence : Vérifié ? Absence de produits périmés ?	Non	Écart 8 : Le sac d'urgence n'est pas scellé, ce qui ne permet pas de garantir son intégrité en cas de besoin et contrevient à l'article L.311-3 (1°) CASF. Écart 9 : L'absence de vérification mensuelle du sac d'urgence, son contenu incomplet et le manque d'actualisation de son protocole d'utilisation peuvent représenter un risque pour la prise en charge des résidents en cas d'urgence (réf. : L311-3 (1°) CASF, chariot d'urgence/sac d'urgence OMEDIT Centre).
	Si obus d'oxygène sont-ils - stokés dans un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié	Non	Il n'y a pas d'obus d'oxygène au sein de l'établissement.
	Aspiration fonctionnelle ?	Non	L'établissement ne dispose pas de suffisamment de matériel pour faire face à une urgence vitale. Il possède un insufflateur pour adultes, mais ne dispose ni d'aspirateur à mucosités, ni de matériel d'oxygénothérapie. Écart 10 : L'absence de matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration au sein de l'établissement, contrevient à l'article D312-74 du CASF.
	Le défibrillateur automatisé externe (DAE) est-il : Présent au sein de la structure ?	Oui	L'établissement dispose de deux DAE, mais ceux-ci ne sont pas accessibles à tous. Ils sont situés dans l'infirmerie et dans la salle de la psychomotricienne, toujours sécurisée et fermée, ce qui limite leur utilisation en cas d'urgence. Ce choix d'emplacement fermé à clé s'explique par le risque de dégradations par les résidents, notamment lors de moments de violence. Les DAE ne répondent pas aux exigences réglementaires : les étiquettes destinées à indiquer les informations nécessaires à leur utilisation étaient vierges [REDACTED] et ne précisaient pas les éléments essentiels suivants : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Remarque 21 : Les informations concernant la maintenance de l'appareil sont incomplètes. Ceci est contraire aux exigences de modalités de signalisation des DAE (réf : Arrêté du 29 octobre 2019, annexe 3).
	En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignote)	Oui	
	Signalé de manière claire et visible ?	Oui	
	3.7.8. Les prises en charge		
3.8 Champ thérapeutique	3.7.8.1. Les prescriptions médicales		
	Les prescriptions sont-elles conformes en comportant les données actualisées suivantes :		La mission a vérifié la conformité des prescriptions au sein des dossiers médicaux Elle a relevé une non-conformité pour la prescription [REDACTED] prescrit du [REDACTED] au [REDACTED] soit une durée de [REDACTED] mois alors qu'il s'agit d'un médicament à durée de prescription limitée à [REDACTED] semaines (soit un peu moins de [REDACTED] mois).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 11 : Pour un résident, une prescription [REDACTED] e sur une durée de [REDACTED] mois a été retrouvée alors que la durée maximale de prescription est de [REDACTED] semaines, soit un peu moins de [REDACTED] mois, ce qui est contraire à la réglementation (réf. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite ⁷).
3.8 Champ thérapeutique	3.7.8.2. Les prescriptions de rééducation Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ?	Oui	Elles sont soit prescrites par le médecin traitant, soit sollicitées auprès du psychiatre par la psychomotricienne ou par les kinésithérapeutes qui suivent les résidents.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.8.3. Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...) Quels professionnels établissent les prescriptions initiales de dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques ?		Les résidents ne sont pas concernés par les appareillages de type fauteuil car ils n'ont pas de handicap portant sur leur mobilité.
3.8 Champ thérapeutique	3.7.9. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs		
	La structure bénéficie-t-elle de l'intervention de professionnels de santé externes, dont PS libéraux ?		Les professionnels de santé externes libéraux n'interviennent pas dans l'établissement. Les résidents les consultent en externe
	3.7.10. Les procédures et protocoles L'établissement a-t-il formalisé des protocoles de soins, procédures ou conduites à tenir dans diverses situations ; Procédures validées ? Les professionnels connaissent-ils ces protocoles de soins ? Savent-ils les trouver ?		La mission a constaté que l'établissement possède plusieurs classeurs regroupant des protocoles de soins, des procédures et des conduites à tenir pour diverses situations (cf. photo). Ces classeurs sont disponibles dans l'infirmerie et sont connus des professionnels.

⁷ Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite, article 2 (Modifié par Arrêté du 18 août 1992 - art. 2, v. init.) : « Ne peuvent être prescrits pour une durée supérieure à douze semaines les médicaments contenant les substances à propriétés anxiolytiques, ainsi que leurs sels lorsqu'ils peuvent exister, inscrites sur la liste I des substances vénéneuses à des doses et à des concentrations non exonérées figurant à la deuxième partie de l'annexe du présent arrêté. Le conditionnement extérieur de ces médicaments doit comporter la mention : "Ce médicament ne peut être prescrit pour une durée supérieure à douze semaines". »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.7.10.1. <u>La prévention des escarres</u>		
	Procédure détaillée.		Aucun résident n'a besoin de prévention contre les escarres.
	3.7.10.2. <u>Le traitement de la douleur</u>		
	Les personnels font-ils une évaluation régulière de la douleur ⁸ Outils validés et adaptés d'évaluation de la douleur ? Date des dernières évaluations ?		D'après l'analyse des dossiers, les professionnels ne réalisent pas d'évaluation régulière de la douleur. Bien que, au sein de l'infirmerie, la mission ait pu observer plusieurs documents relatifs à la prise en charge de la douleur affichés sur le mur, dont une échelle visuelle de la douleur destinée à aider les résidents à positionner leur douleur, et que le personnel ait indiqué y avoir régulièrement recours, il n'a pas été retrouvé, au sein des dossiers médicaux des résidents, de traçabilité de la douleur. Pour [REDACTED] dossiers sur [REDACTED] résidents, aucune évaluation de la douleur n'a été tracée en [REDACTED]. Neuf résidents sur [REDACTED] ont des prescriptions d'antalgiques en « si besoin », afin d'éviter les situations où ils pourraient avoir des douleurs passagères et qu'il soit difficile de trouver un médecin pour prescrire un antalgique. Compte tenu du profil des résidents et des conditions de fonctionnement du FAM, il s'agit d'une bonne pratique. Écart 12 : L'évaluation de la douleur des résidents par les professionnels soignants est très insuffisante, ce qui ne respecte pas la réglementation (réf. : Article D344-5-3 du CASF).
	Gestion des douleurs identifiées : procédures et protocoles		Les douleurs, lorsqu'elles sont identifiées [REDACTED], sont régulièrement traitées. Mais l'établissement n'a pas besoin de recourir à des antalgiques puissants [REDACTED] car il n'est pas confronté à des douleurs très importantes.
	3.7.10.3. <u>Les soins palliatifs et la fin de vie</u>		
	Si résident en fin de vie, l'accompagnement est-il organisé ?		Les résidents sont assez jeunes (en moyenne, [REDACTED] ans, avec un minimum à [REDACTED] et un maximum à [REDACTED] ans) et donc, l'établissement n'est pas confronté à la gestion des fins de vie.
	3.7.10.4. <u>Les contentions</u>		
	Existe-t-il une ou des procédures existantes concernant les contentions et matériels de prévention des chutes ?		Il n'y a aucune contention pour les résidents au sein du FAM, y compris en cas de comportement problème.

⁸ Outil validé d'évaluation de la douleur ?

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Prescription conforme RBBP ? Evaluation B/R régulière ?? Traçabilité dans les dossiers ?		
	3.7.10.5. La gestion des épisodes de violence entre usagers		
	Procédure ? Plans d'action individualisés ?		L'établissement a fourni une procédure de gestion des comportements problèmes et de recours aux espaces de retrait et d'apaisement, datant de 2018. Une procédure [REDACTED] a également été transmise. Chaque résident dispose d'un protocole de gestion des comportements problèmes. L'établissement a transmis les fiches correspondantes, élaborées par [REDACTED] avec le soutien [REDACTED] Ces fiches couvrent plusieurs aspects : – Les signes à surveiller – La description du comportement problématique – L'identification des causes potentielles – Les actions à éviter – La conduite à adopter dès les premiers signes d'agitation, avec des mesures à appliquer aussi bien en intérieur qu'en extérieur. Ces fiches sont connues des professionnels et consultables sur le réseau du FAM.
	3.7.10.6. Les accompagnements		
	Transmissions d'information lors d'une CS extérieure ou transfert ? dossier contenant : 1° Une fiche exposant de façon simple les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par la personne ; 2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne ; 3° Une fiche de liaison paramédicale indiquant les soins quotidiens et les éventuelles aides techniques dont la personne a besoin ;		Les informations concernant les résidents sont principalement enregistrées dans le logiciel [REDACTED] L'établissement possède également un classeur situé à l'infirmerie [REDACTED] contenant une fiche pour chaque résident. Ces fiches sont particulièrement utilisées lors des consultations médicales et paramédicales au Pôle [REDACTED] qui regroupe diverses spécialités. Chaque résident dispose en outre d'un DLU [REDACTED] qui rassemble les principales informations médicales le concernant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	4° Une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propres à la personne.		

3.8. 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>		
	Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?	Oui	L'établissement a communiqué une procédure relative au circuit du médicament, [REDACTED] Cette procédure a été validée par [REDACTED], le médecin psychiatre et la directrice du FAM. Elle aborde plusieurs aspects : - La préparation des médicaments - La détention et le stockage des médicaments ainsi que la préparation des piluliers - L'accompagnement à la prise des traitements - Le contrôle des médicaments - L'accès aux armoires à pharmacie
	3.8.2. <u>Prescription</u> Article L313-26 du CASF. R344-2 (2°) CASF	Oui	Les médicaments sont tous prescrits et, sauf exception liée à des prescripteurs externes et au caractère récent de la prescription, sont saisis dans [REDACTED] En effet, le médecin psychiatre assure la retranscription des prescriptions dans [REDACTED]
	3.8.3. <u>Commandes</u>		
	Commandes urgentes ? Modalités d'ajout d'un médicament et de préparation hors PDA ?	Oui	Selon les entretiens, les commandes urgentes sont récupérées directement en pharmacie. Un mail est également envoyé à la pharmacie, notamment lorsqu'il s'agit d'un médicament non inclus dans la préparation PDA. La pharmacie a accès au logiciel [REDACTED]
	3.8.4. <u>Livraison</u>		
	Toute commande livrée en dehors de l'officine ne peut être remise qu'en paquet scellé.	Oui	La livraison est assurée par la pharmacie d'offine qui livre le FAM jusqu'au dans l'infirmerie.
	3.8.5. <u>Dispensation</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La préparation des piluliers/doses quotidiennes est réalisée par : L'officine en pharmacie ? Les IDE de la structure ?	Oui	La préparation des traitements est assurée par une pharmacie d'officine conventionnée avec l'établissement, via un système [REDACTED]. Les médicaments sont conditionnés sous forme de piluliers-blisters individuels pour chaque résident. [REDACTED] veille à disposer les médicaments dans les piluliers attribués à chaque résident.
	La fréquence de livraison des piluliers/PDA est-elle hebdomadaire ?	Non	La livraison des piluliers s'effectue toutes les [REDACTED] semaines, ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques. Remarque 22 : La préparation des médicaments en PDA n'est pas réalisée de [REDACTED], ce qui ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l'OMéDIT Île-de-France. -« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022.
	Modalités de vérification de la livraison de la PDA ? Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ? Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? La gestion de vérification de la PDA et la préparation de la distribution des médicaments sont réalisées par une IDE	Oui	L'IDE veille au contrôle des livraisons et à la gestion des stocks.
	PDA La préparation / vérification des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ?		La vérification est effectuée à partir de la prescription originale.
	3.8.6. Stockage Le stockage des médicaments se fait dans : Des armoires sécurisées ;	Oui	Les médicaments sont stockés dans des armoires sécurisées situées dans l'une des salles de l'infirmierie. Le chariot de médicaments est également sécurisé.
	Des chariots à médicaments sécurisés ?	Oui	
	Existe-t-il un coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé ?	Oui	L'établissement n'utilise pas de médicaments stupéfiants.
	Produits thermosensibles		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants :	Oui	L'enceinte réfrigérée est entretenue, et son contrôle est tracé quotidiennement. Toutefois, la mission a constaté la présence d'aliments qui ne devraient pas se trouver dans cet espace réservé aux médicaments thermosensibles [REDACTED]
	- Elle est dédiée à ce type de médicaments ;	Oui	
	- Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) et cet entretien est tracé ;	Oui	
	- Son entretien est tracé ;	Oui	
	- Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ?	Oui	
	Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ?		La mission a constaté que la traçabilité des dates de péremption est régulièrement contrôlée. Cependant, [REDACTED] e contrôle n'avait pas encore été effectué, le dernier remontant au [REDACTED]
	3.8.7. Distribution et administration Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ?		La délégation de la gestion des médicaments est encadrée par une procédure, et chaque professionnel a été formé à cet effet. Une feuille d'émargement atteste la participation des professionnels à cette formation. Chaque semaine, un planning de dispensation des médicaments est établi par le cadre de santé afin de préciser les professionnels chargés de leur distribution . Cependant, la procédure [REDACTED] » fournie par l'établissement ne précise pas quels professionnels sont habilités à effectuer cette tâche.
	La délégation de la distribution des médicaments : Est procédurée ; Est réalisée par des professionnels réglementairement autorisés en présence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES, AMP,, AVS)	Oui	Remarque 23 : Bien qu'un planning hebdomadaire indique les professionnels chargés de la dispensation des médicaments, la procédure [REDACTED] ne précise pas les catégories de professionnels habilités à cette tâche.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Habilités nominativement ? Formés En l'absence d'IDE Quid des médicaments en format multi dose ou en goutte ? OMéDIT IDF Le broyage des médicaments est prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ? Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant) Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ? Quid des WE ?	Partiellement	La procédure [REDACTED] fournie par l'établissement précise que, [REDACTED], un référent est désigné pour la distribution des médicaments sur l'ensemble des [REDACTED] unités. En cas d'indisponibilité, un suppléant est prévu. Pour le week-end, un référent et un suppléant sont désignés pour assurer la distribution des médicaments dans toutes les unités. Un référent est responsable pour les médicaments du matin et du midi, tandis qu'un autre est désigné pour le soir. Un suppléant prend le relais en cas d'absence du référent. L'établissement n'utilise pas de médicaments sous forme multidoses ou en gouttes. Aucun résident n'a de médicament écrasable. L'établissement ne dispose pas de protocole de broyage des médicaments ni de liste de médicaments à ne pas broyer. Remarque 24 : Bien que l'établissement n'ait pas recours au broyage des médicaments, une procédure spécifique et une liste des médicaments à ne pas broyer sont nécessaires, notamment pour anticiper l'admission de résidents nécessitant cette adaptation. (OMéDIT IDF-« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022) Les professionnels enregistrent en temps réel l'administration des médicaments. Des ordinateurs sont à leur disposition pour assurer cette traçabilité via le logiciel [REDACTED]. À la suite d'une auto-évaluation du circuit du médicament [REDACTED] réalisée par le groupe SOS en [REDACTED], le plan d'action avait mis en évidence des difficultés concernant la traçabilité en temps réel des médicaments. L'acquisition d'ordinateurs portables individuels a contribué à remédier à cette problématique.

4. Relations avec l'extérieur

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
42. Coordination avec les autres secteurs	Accès à :		D'après les entretiens, les résidents ont accès à tous les types de spécialistes médicaux dont ils ont besoin. Les professionnels ne rencontrent pas de difficultés particulières pour les suivis, sauf pour l'orthophonie. Les principaux partenariats évoqués en entretien sont : Pour les urgences vitales [REDACTED] Pour les urgences relatives [REDACTED] Pour la prise en charge médicale multispécialités [REDACTED] Pour la dentisterie [REDACTED] Pour la biologie médicale [REDACTED] Pour la radiologie [REDACTED]
	Neurologie		Les conventions de partenariat transmises à la mission par le FAM ne sont que partiellement en cohérence avec les partenariats précités. Est ainsi retrouvé le partenariat avec l'établissement public de santé [REDACTED] mais pas avec l'hôpital de [REDACTED] ni avec le pôle médical [REDACTED] ni avec le laboratoire [REDACTED] ni avec le centre de radiologie [REDACTED]
	La structure a-t-elle passé des conventions avec :		
	– Un laboratoire d'analyse médicale	Oui	Mais la convention transmise [REDACTED] concerne un laboratoire de biologie qui n'est pas celui cité en entretien comme étant le partenaire habituel du FAM.
	- Si PDA assurée par la pharmacie, une livraison des piluliers pour une durée maximale de 7 jours ?		La convention signée entre le FAM et l'officine pharmaceutique a été transmise à la mission. Elle est en cours de validité et signée [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Les conditions de commande sont formalisées ainsi que l'organisation de la PDA. D'après la convention, les médicaments sont livrés chaque [REDACTED] en présence de l'IDE. Cependant, il n'est pas clairement établi si cette livraison a lieu [REDACTED], car les entretiens indiquent que la livraison des piluliers serait assurée toutes [REDACTED]
	- La gestion des stupéfiants (prescription, livraison, traçabilité et contrôle du stock)	Oui	La convention prévoit que les médicaments stupéfiants sont remis en main propre à l'IDE.
	- La dotation en médicaments pour soins urgent fait-elle l'objet d'une liste formalisée ?	Partiellement	La convention précise également qu'à la demande de l'établissement, le pharmacien, en collaboration avec le médecin référent, établit la liste des dotations pour les soins urgents ainsi que celle du stock tampon. Toutefois, la mission n'a pas eu accès à cette liste.
	- Les modalités de retour et d'élimination des médicaments	Oui	Les modalités de retour et d'élimination des médicaments sont spécifiées dans la convention.

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

<u>Écart 1 :</u>	En ne possédant pas de règlement de fonctionnement finalisé et validé, la direction contrevient à l'article L311-7 du CASF.	10
<u>Écart 2 :</u>	En ne présentant pas le Projet d'Établissement au CVS à titre consultatif, la direction contrevient à l'article D311-38-4 du CASF	11
<u>Écart 3 :</u>	L'absence de représentant de l'équipe médico-soignante au sein du CVS est contraire à l'article D.311-5 du CASF.	20
<u>Écart 4 :</u>	L'établissement ne procède pas de façon formalisée au retour d'expérience suite aux événements indésirables graves (EIG), ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016.	27
<u>Écart 5 :</u>	En l'absence de procédure dédiée aux chutes, l'établissement ne définit pas de conduite à tenir en cas de chute d'un résident, ce qui limite l'efficacité de l'intervention des professionnels dans de telles situations et contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.	39
<u>Écart 6 :</u>	Au jour de l'inspection, le dossier de liaison d'urgence, établi via le logiciel [REDACTED] ne permet pas d'inclure des informations relatives au handicap du résident, ce qui ne respecte pas la réglementation (réf. : Article D.344-5-8 CASF).	56
<u>Écart 7 :</u>	La dotation de médicaments pour besoins urgents (stock tampon) n'est pas formellement définie sous forme d'une liste établie entre le psychiatre et le pharmacien partenaire, ce qui est contraire à la réglementation (réf. : article R.5126-108 du CSP).	58
<u>Écart 8 :</u>	Le sac d'urgence n'est pas scellé, ce qui ne permet pas de garantir son intégrité en cas de besoin et contrevient à l'article L.311-3 (1°) CASF.	61
<u>Écart 9 :</u>	L'absence de vérification mensuelle du sac d'urgence, son contenu incomplet et le manque d'actualisation de son protocole d'utilisation peuvent représenter un risque pour la prise en charge des résidents en cas d'urgence (réf. : L311-3 (1°) CASF, chariot d'urgence/sac d'urgence OMEDIT Centre).	61
<u>Écart 10 :</u>	L'absence de matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration au sein de l'établissement, contrevient à l'article D312-74 du CASF.	61
<u>Écart 11 :</u>	Pour un résident, une prescription [REDACTED] sur une durée de [REDACTED] mois a été retrouvée alors que la durée maximale de prescription est de [REDACTED] semaines, soit un peu moins de [REDACTED] mois, ce qui est contraire à la réglementation (réf. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite).	63
<u>Écart 12 :</u>	L'évaluation de la douleur des résidents par les professionnels soignants est très insuffisante, ce qui ne respecte pas la réglementation (réf. : Article D344-5-3 du CASF).	64
<u>Écart 13 :</u>	La présence d'aliments dans le réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles est contraire à réglementation (réf. : art. R5126-109 du CSP).	68

Remarques

- Remarque 1 : Le foyer de vie est un service d'activité de jour, dépendant du FAM avec présence de personnel soignant nécessaire. Ce manque de clarté dans les notifications d'autorisation génère une confusion tant pour les salariés que pour les familles. 8
- Remarque 2 : Les modalités de prestations sont bien présentes au sein du règlement de fonctionnement, mais les tarifs, tels que les prix de journée, ne sont pas intégrés, ce qui ne permet pas une information tarifaire précise et accessible pour les usagers et les familles. 10
- Remarque 3 : Le projet d'établissement est un outil pour les résidents, les familles et les professionnels, il ne peut être un outil de communication dans l'intérêt de l'organisme gestionnaire. 11
- Remarque 4 : Il n'est fait part dans le PE, ni de l'organisation, ni de la coordination des soins, ni des modalités de sollicitation des familles auprès du médecin psychiatre de l'établissement, ce qui fragilise la compréhension de l'organisation de leur prise en charge tant pour les familles que pour les usagers. 12
- Remarque 5 : Malgré les dysfonctionnements constatés par les familles et les équipes, concernant la restauration, aucune action corrective n'a été mise en place. 21
- Remarque 6 : Bien que tracées, [REDACTED] actions du PACQ pour 2 [REDACTED] n'ont pas encore été mises en œuvre au début de l'année [REDACTED]. 23
- Remarque 7 : La procédure de déclaration des événements indésirables graves n'indique pas que l'établissement doit aussi alerter le CD, seule l'ARS est citée, ce qui fragilise la communication entre le CD et l'établissement. 25
- Remarque 8 : Aucune formation portant sur la qualification et le repérage des événements indésirables, ainsi que sur la conduite des retours d'expérience, n'a été organisée [REDACTED] 27
- Remarque 9 : Le fait que les noms des professionnels ne soient pas indiqués sur les plannings, ne permet pas aux usagers ni aux familles de connaître les équipes présentes. 31
- Remarque 10 : Au sein du dossier médical, le rattachement des résultats de laboratoire n'est pas toujours correctement effectué dans le bon menu du [REDACTED] notamment pour les derniers résultats reçus. Les observations paramédicales sont classées de manière différente d'un dossier à l'autre ou d'un professionnel paramédical à l'autre. Et plusieurs informations qui nécessiteraient de rester facilement visibles et accessibles dans le temps sont rédigées sous forme de transmissions et non d'observations ou bien n'utilisent pas les rubriques prévues dans le logiciel [REDACTED] ce qui rend leur caractère plus éphémère. 33
- Remarque 11 : La détection épisodique systématique de la douleur des résidents n'est pas effectuée et le suivi de la douleur des résidents ne s'appuie pas sur des échelles validées, ce qui est contraire aux RBPP (réf. : Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.) 35
- Remarque 12 : Le recours à des profils de connexion [REDACTED] ne mentionnant pas clairement l'identité du professionnel mais uniquement sa fonction de vacataire [REDACTED] ne permet pas, d'une part, d'identifier facilement le professionnel qui a rédigé la transmission [REDACTED] et d'autre part, fragilise la sécurité d'accès aux données personnelles des résidents. 36
- Remarque 13 : Le gestionnaire n'a pas fourni l'avenant de prolongation signé pour [REDACTED]. Des contrats de maintenance sont fournis [REDACTED] 37
- Remarque 14 : Les vaccinations des résidents, autres qu'antigrippales, ne sont pas tracées, ce qui pénalise la complétude des dossiers médicaux. 39

Remarque 15 :	L'instabilité de l'organisation du choix des repas génère des problèmes [REDACTED]	47
Remarque 16 :	La mission identifie l'absence de réactivité de la part des [REDACTED] prestataires externes, ce qui impacte la qualité des repas pour les usagers.	48
Remarque 17 :	Les raisons exactes de l'augmentation du coût des repas ne peuvent être expliquées par l'établissement.	48
Remarque 18 :	La problématique des repas reste un sujet de tension entre les familles et la direction.	50
Remarque 19 :	Bien que peu de résidents soient à risque de troubles de la déglutition et de fausses routes, l'établissement ne dispose d'aucune procédure spécifique à ce sujet, et les professionnels ne sont pas formés à cette problématique, ce qui contrevient aux règles de bonnes pratiques [REDACTED]	51
Remarque 20 :	L'infirmier ne dispose pas de paillasse pour la préparation des soins, ce qui compromet l'efficacité des tâches réalisées et ne respecte pas les recommandations en matière d'hygiène pour leur exécution.	57
Remarque 21 :	Les informations concernant la maintenance de l'appareil sont incomplètes. Ceci est contraire aux exigences de modalités de signalisation des DAE (réf : Arrêté du 29 octobre 2019, annexe 3).	62
Remarque 22 :	La préparation des médicaments en PDA n'est pas réalisée de [REDACTED], ce qui ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l'OMÉDIT Île-de-France. -« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022.	67
Remarque 23 :	Bien qu'un planning hebdomadaire indique les professionnels chargés de la dispensation des médicaments, la procédure [REDACTED] ne précise pas les catégories de professionnels habilités à cette tâche.	68
Remarque 24 :	Bien que l'établissement n'ait pas recours au broyage des médicaments, une procédure spécifique et une liste des médicaments à ne pas broyer sont nécessaires, notamment pour anticiper l'admission de résidents nécessitant cette adaptation. (OMÉDIT IDF-« La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022)	69

6. Conclusion

L'inspection du FAM « Espace Sésame » géré par le groupe SOS a été réalisée le 9 janvier 2025.

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

- Gouvernance : la mission a constaté que l'équipe de direction est stable et bénéficie d'une connaissance approfondie des problématiques liées à la prise en charge des personnes TSA, TND ;
- Prises en charge : La mission a constaté une qualité de prise en charge et un accompagnement s'appuyant sur un fort investissement des équipes
- Les soins : la mission constate un accompagnement médical adapté et structuré.

Elle a également relevé des dysfonctionnements importants en matière :

- Fonction support : La mission a constaté des difficultés importantes en ce qui concerne la qualité des repas et les prestations proposées par le prestataire. Or, ledit prestataire est sous la responsabilité des fonctions supports du siège. La mission a constaté un manque de clarté dans les réponses apportées par le siège alors que le problème persiste et s'inscrit dans la durée.

La mission constate que le changement de prestataire ne satisfait ni les familles, ni les usagers, ni les salariés, mais a eu comme conséquence, en plus de ceux évoqués précédemment, une augmentation très importante sur le plan comptable.

Saint Denis, le [REDACTED] 2025

Delphine LIOT -TIERCELIN Médecin Inspectrice	Renaud MIGUET ANDREI Inspecteur ICARS coordonnateur	Cynthia GESBAUD Référénte handicap et protection des majeurs vulnérables Direction de l'autonomie/CD77
Signé Maud ROBERT Chargée d'accompagnement et de suivi des ESMS Direction de l'autonomie/CD77 Signé	Signé Vanessa OLLIVIER Chargée de tarification et contrôle des établissements Direction de l'autonomie/CD77 Signé	Signé

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de santé

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

CoViD : Corona Virus Disease

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

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 : Equivalent temps plein

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

IDE : Infirmier diplômé d'État

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

PE : Projet d'établissement

PECM : Prise en charge médicamenteuse

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 Liste des personnes rencontrées.

La mission a rencontré ■ personnes représentatives de l'équipe :

Membre de la direction, membre de l'équipe éducative, membre de l'équipe administrative en autre.

Annexe 2 Lettre de mission des agents chargés du contrôle