

Cabinet du directeur général

Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de Paris

Ville de paris

EAM Simone VEIL

5 allée Eugenie

75015 PARIS

N° FINESS 750048753

RAPPORT D'INSPECTION

2025_IDF_00006

Inspection sur place

Jeudi 13 février 2025

Mission conduite par :

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

Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, inspection régionale santé et autonomie ;

Madame [REDACTED], médecin inspectrice en santé publique, inspection régionale santé et autonomie.

Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS parisiens, direction des Solidarités, désigné(es) par la maire de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;

Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS parisiens, direction des Solidarité, désigné(es) par la maire de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF.

Accompagnée par :

-Madame [REDACTED], conseillère médicale désignée en tant que personne qualifiée en application de l'article L 1421-1 du CSP.

Textes de référence

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique

Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles

Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique

Article L.1435-7 du Code de la santé publique

Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA :

- Le rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- La communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);

- Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;

- Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;

- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique ».

- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;

- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

1. Gouvernance	12
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	12
Le statut juridique de la structure	12
Les conditions d'autorisation	12
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	13
La population accueillie	14
1.2. Management et Stratégie	15
Le règlement de fonctionnement (RF)	15
Le projet d'établissement (PE)	16
La direction, l'organigramme	16
Les CODIR / COMEX / COPIL	17
La relation entre l'organisme gestionnaire, la direction et les salariés	17
La direction de l'établissement	18
Directrice adjointe	19
Les chefs de services éducatifs	19
Les astreintes administratives et techniques	20
La présence et le remplacement de la direction	20
L'encadrement des professionnels de soins	21
Les affichages	21
1.3. Animation et fonctionnement des instances	22
Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	22
Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	24
Les enquêtes de satisfaction	24
1.4. Gestion de la qualité	24
Les professionnels référents et responsable qualité	24
Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	25
L'évaluation et l'auto-évaluation	25
La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	26
La déclaration des maltraitances	28
Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportements violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)	28
Les situations de violence ou harcèlement	29
Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des usagers	31
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	32
Le plan bleu	32
Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	32
La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	33
La procédure de gestion des événements indésirables en PECM	34
Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI	35
Le signalement aux autorités administratives compétentes	35
2. Fonctions support	36
2.1. Gestion des ressources humaines	36
Les effectifs professionnels	36
Les contrats de travail	38
Les dossiers administratifs des professionnels	38
Le plan de formation des professionnels	39
L'aide à la mobilité/mutation des agents	40
Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels	40
Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnaire éthique	41
Les plannings des professionnels	41
Les fiches de poste des professionnels	43
Les glissements de tâches	43
La gestion des absences prévues et imprévues	44
2.2. Gestion d'information	45
Les données statistiques de la structure	45
Le registre des entrées et sorties des usagers	45
Les dossiers administratifs des usagers	46
Le support et le contenu des dossiers médicaux des usagers	47

Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des usagers	48
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	49
L'état général du bâtiment	49
Espaces extérieurs	49
Le suivi des réparations	50
Le suivi de la qualité de l'eau	50
Système et/ou salle de rafraîchissement	51
L'accessibilité PMR des locaux	51
Équipement de prévention de la maltraitance	51
2.4. Sécurités	52
L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement, notamment au bénéfice de ses pensionnaires qui ne sont pas couverts par le titre Ier du livre IV du code de la sécurité sociale	52
L'aide à la prévention des chutes	52
La prévention des fugues/ sorties à l'insu	52
PV de la commission de sécurité incendie	53
Les appels malades	53
3. Prises en charge	54
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	54
L'admission et le suivi des orientations des usagers	54
Les relations avec la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH)	55
Les relations avec la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)	55
L'étude des dossiers d'admission	55
Les cas complexes	56
L'admission	56
Le contrat de séjour/ ou Document individuel de prise en charge (DIPC)	57
Le livret d'accueil	58
La gestion des non-admission	59
3.2. Les Projets d'accompagnement individualisés	60
L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)	60
Réunion de synthèse, études de cas	61
La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers	62
Les médecins traitants	62
La complétude des dossiers médicaux	63
Les transmissions inter équipes	66
La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie	67
3.3. Respect des droits des personnes	67
Les personnes qualifiées départementales	67
La personne de confiance des usagers	67
L'identification des usagers (identitovigilance)	67
Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens	68
Les mesures de protection des biens	68
3.4. Vie sociale et relationnelle	68
L'accueil du matin en centre de jour	68
Temps commun pour les usagers	68
Vie relationnelle, affective et sexuelle	68
Suivi gynécologique	69
Animations avec les familles	69
Organisation de sortie extérieure	69
3.5. Vie quotidienne. Hébergement :	70
Le transport des usagers	70
Les modalités de fonctionnement du centre de jour	70
Les chambres	70
Les espaces collectifs, unités de vie	70
Les sanitaires	70
Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	71
Les régimes	71
Les repas	71
La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	72
Le circuit du linge	74
3.6. Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure	74
Effectifs des professionnels affectés à l'éducation, la réadaptation	74
Les modalités de prise en charge éducatives	75

L'éducation à l'intégration en milieu ordinaire, adapté ou protégé	75
Articulation des équipes éducatives et pédagogiques et de soins	75
L'organisation des activités éducatives	75
Le développement des potentiels des usagers	75
Au sein des groupes, sont planifiées les tâches de la vie quotidienne : vider le lave-vaisselle, dresser la table, chercher les chariots, essuyer la table, vider la poubelle. Chaque jour, un résident du groupe est chargé de la réalisation d'une des tâches précitées.	76
Lors des entretiens, il a été évoqué le turn-over du personnel ou son absentéisme et les conséquences péjoratives sur la prise en charge des résidents et aussi sur les équipes. La difficulté à maintenir l'existant avec moins de 50% de salariés titulaires a été soulignée.	77
Il a été évoqué un manque de communication avec l'équipe éducative qui conduit certaines familles à s'interroger sur l'effectivité des animations suivies par les résidents.	77
Le renouvellement de plusieurs CDD longs ces derniers mois a permis de stabiliser l'équipe éducative.	77
3.6. Champ thérapeutique : L'organisation de la prise en charge en soins	78
Effectif des professionnels de santé	78
Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	79
Mission du médecin psychiatre ou généraliste	83
La coordination des soins médicaux et paramédicaux	83
La prise en charge médicale	83
3.7. Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	83
L'infirmier	83
Les équipements du poste de soins	85
La sécurisation du poste de soins	85
Le bureau du psychiatre OU médecin de la structure	86
Les projets de soins individualisés (PSI)	86
L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)	86
Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	87
Le chariot d'urgence	88
Le défibrillateur automatique externe (DAE)	88
Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur	88
Prévention, dépistage et protocole de gestion Bucco -dentaire :	89
Les contentions :	89
Les protocoles de soins	90
3.8. Champ thérapeutique : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins	91
La traçabilité des soins par les professionnels	91
Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	92
3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	92
La procédure du circuit du médicament	92
L'identitovigilance des usagers	93
Les moyens de transmissions entre l'EAM et l'officine en pharmacie	93
Le stock de médicament pour besoins urgents	94
Les stupéfiants	94
Les prescriptions médicales	94
La liste préférentielle de médicaments (LPM)	96
La retranscription des prescriptions dans le dossier médical	96
La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie	96
Médicaments : préparation des piluliers	97
La préparation des médicaments (hors piluliers)	97
Les locaux et les conditions de préparation des médicaments	97
Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)	98
Les dates de péremption des médicaments	98
La liste des médicaments écrasables	99
La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments	99
Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration	100
4. Relations avec l'extérieur	102
4.1. Environnement	102
Environnement géographique (transports, environnement, sécurité)	102
L'insertion dans la population locale	102
4.2. Coordination avec les autres secteurs	103
Partenariat éventuel avec un centre médico-psychologique (CMP)	103
Convention ou partenariat éventuels avec des centres spécialisés	103

Convention avec des ESSMS	103
Autres conventions	103
Convention avec une officine en pharmacie	103
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	105
5.1. Remarques	107
6. Conclusion	111
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	113
8. Annexes	114
Annexe 1 Note relative à la personne qualifiée :	114
Annexe 2 Lettre de mission des agents chargés de l'inspection-contrôle	117
Annexe 3 Les documents transmis par l'établissement	120
Annexe 4 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	125

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EAM dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et le conseil départemental de Paris.

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

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

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

La mission a été accueillie par un chef de service socio-éducatif, rejoint par la directrice générale de l'association qui assure l'intérim de direction. La mission conjointe (IRAS -DD) et Ville de Paris a pu accéder à tous les locaux, les documents, et a pu réaliser les entretiens sans écueils. Il n'y a eu aucune réaction particulière de l'établissement à l'énoncé des premiers constats et celui-ci nous a fait part alors de sa volonté de mettre en place des audits pour établir un plan d'action.

Les membres de la mission ont pu définir à la suite de l'inspection sur site qu'il existe une présence importante des cadres dans toutes les actions à mener par les professionnels, des professionnels investis.

Au départ du directeur en poste (absent depuis juin 2024- départ le 20 décembre 2024), l'établissement a procédé à une réorganisation et procède progressivement à une mise en conformité des outils.

La visite des lieux a été effectuée de manière à garantir des conditions de rencontre satisfaisantes, tout en préservant le fonctionnement de la vie collective. Le respect de l'intimité de la personne dans son espace privé au sein d'une collectivité participe à sa dignité. Cela implique de lui donner le choix d'y recevoir ou non les autres résidents et les professionnels et de la préserver ainsi de ce qui peut être vécu comme une intrusion. La mission durant la journée a évité les déplacements dans l'EAM, au regard de la situation de crise dans laquelle se trouvait un résident. La visite des locaux s'est menée avec un professionnel afin à la fois de préserver la quiétude des résidents, respecter leur intimité et assurer la sécurité des membres de la mission d'inspection.

À la suite des premiers constats sur site, la mission a procédé à des éléments de vérification supplémentaires afin de définir si une action corrective d'urgence devait être demandée.

Pour cela des actions ont été menées :

- Demande de transmission de documents plus rapidement que ceux demandés dans la liste à remettre sous un délai de 7 jours soit : le plan d'administration des médicaments, le planning des présences des professionnels et des usagers du mois de février 2025, la liste des médicaments si besoin et le protocole afférant, la convention de coopération avec la pharmacie, la liste des professionnels de l'EAM, le mail du futur cadre de santé attestant de sa venue, le plan de l'audit soin qui débute en mars.)
- Un entretien mené par la médecin inspectrice et la coordinatrice de la mission a lieu le lundi 17 février 2025 (entretien prévu initialement le mercredi 19 février 2025) afin d'approfondir la compréhension des aspects en lien avec la prise en charge en soins des usagers pris en charge et de définir si un danger grave et imminent pour l'utilisateur était vérifiable et imputable.

L'analyse des documents transmis le jour de la demande, les entretiens menés, n'ont pas donné lieu à l'élaboration d'une saisine immédiate du gestionnaire, la mission a donc à la suite de l'inspection initiale sur site le 13 février 2025, effectuée des entretiens complémentaires, et deux membres de la mission se sont rendus à nouveau sur site le 24 février 2025 pour une étude complémentaire des documents relatifs aux prises en charge en soins des usagers.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début 2025 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EMS (Établissements médico-sociaux) qui se poursuivra jusqu'en 2027. Les effets attendus du plan sont les suivants :

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EAM Simone VEIL situé au 5 allée Eugénie-75015 Paris, numéro finess 750048753, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

Modalités de mise en œuvre

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par la Ville de Paris.

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

– Pour l'ARS :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, inspection régionale santé et autonomie
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, inspection régionale santé et autonomie
- Madame le docteur [REDACTED]², médecin inspecteur de santé publique, inspection régionale santé et autonomie

Accompagnée de :

- Madame le docteur [REDACTED] conseillère médicale à la Délégation départementale de Paris désignée en tant que personne qualifiée en application de l'article L 1421-1 du CSP.

– Pour la Ville de Paris :

- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS parisiens, direction des Solidarités, désignée par la maire de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF,
- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS parisiens, direction des Solidarités, désignée par la maire de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF.

Ce contrôle a été réalisé sur site le 11 février 2025, de manière inopinée³. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 3**.

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

Gouvernance :

- Conformité aux conditions de l'autorisation

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

² Le Dr Adina HENEGAR, en absence justifiée auprès de l'Agence au moment de finaliser le rapport, n'a pu apposer sa signature bien qu'elle ait participé intégralement à la mission d'inspection sur place et à la rédaction du rapport.

³ Sans annonce préalable à l'établissement

- Management et Stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne. Hébergement
 - Soins
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

La note de personne qualifiée est en **annexe 1**

La composition de la mission figure sur la page de garde du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 2**.

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figurent en **annexe 3**.

Présentation de l'établissement

Ouvert en janvier 2017 et inauguré le 12 octobre 2017, l'établissement d'accueil médicalisé Simone Veil est le premier établissement de ce type ouvert à Paris pour adultes avec troubles du spectre autistique avec une capacité d'accueil initiale de 30 adultes (à noter que l'EAM dispose également en plus de 3 places en foyer d'hébergement en studios autonomes en habitat social diffus.)

En septembre 2019, dans le cadre des Appels à Manifestation d'Intérêt, l'ARS a octroyé à l'association une autorisation d'extension de 19 places du EAM/CAJM Simone Veil portant sa capacité d'accueil à 49 places, organisées selon 2 modalités :

- 33 adultes en foyer d'accueil médicalisé (FAM) avec internat (allée Eugénie, dans le village St Michel, Paris 154) dont 6 places en FAM Hors les Murs situé rue Desnouettes, Paris 15, à proximité de l'allée Eugénie
- 16 adultes en centre d'accueil de jour médicalisé (CAJM) et en séquentiel selon une rotation, une semaine sur deux, de 5 personnes en accueil de jour et 5 autres en internat. Les activités du CAJM sont rassemblées dans un local à proximité de l'EAM, rue Desnouettes, Paris 15.

Les résidents sont majoritairement des adultes parisiens, notamment ceux sortis des établissements pour adolescents, dûment diagnostiqués comme ayant des troubles du spectre autistique (TSA).

Les [REDACTED] accueillis ([REDACTED]) au jour de l'inspection étaient répartis plus précisément comme suit :

	Arc de triomphe	Géode	Pyramide	Sacré cœur	Tour Eiffel	CAJM- Hors les murs
Nombre d'usagers	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Observation	Répartie sur trois étages, l'accès à chaque lieu est sécurisé par un badge.	Site Desnouettes -3 studios
-------------	---	-----------------------------------

Le CPOM régional 2024/2028 signé le 4 janvier 2024, [REDACTED]

[REDACTED]

	Nombre de places	2024
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

	Charges (classe 6)	Produits (classe 7)
G1	[REDACTED]	[REDACTED]
G2	[REDACTED]	[REDACTED]
G3	[REDACTED]	[REDACTED]
Total	[REDACTED]	[REDACTED]

Le CPOM acte une base budgétaire au 1 janvier 2024 à 1 507 991,99 euros.

Cette structure est répertoriée dans le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de la façon suivante :

N° FINESS de l'établissement : 750048753
Code catégorie : 448 (Établissement d'accueil médicalisé)
Code discipline : 966 (Accueil et accompagnement médicalisé pour personnes handicapées)
Code fonctionnement : 11 et 21 (hébergement complet- accueil de jour)
Code clientèle : 437 (troubles du spectre de l'autisme)
Code mode de fixation des tarifs : 2 tarifs : (soins= ARS - hébergement= PCD)
N° FINESS du gestionnaire : 750063521
Code statut : 60 (Association type loi 1901 non reconnue d'utilité publique)

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1.1	<u>Le statut juridique de la structure</u>	<u>L'association gestionnaire :</u> L'association gestionnaire de l'EAM Simone Veil est « Autisme en Ile de France (AeIDF) », elle résulte de la fusion absorption début 2018 d'Autisme 75-Ile-de-France par Autisme en Yvelines (elle-même issue du rapprochement de l'Association Le Clair Bois et de Aidera Yvelines). Avec effet au 1er juillet 2023, AeIDF absorbe l'Association AIME77. AeIDF est une des deux associations doublement affiliées à Autisme France et à la Fédération Française Sésame Autisme, avec Autisme 59-62. AeIDF est gestionnaire de 10 établissements et 3 services, Le projet associatif révisé pour les années 2025-2029 a été approuvé en conseil d'administration le 13 mars 2025. Les modalités de fonctionnement de l'association sont fixées par les statuts d'Autisme en Île-de-France et par le règlement intérieur associatif. La gouvernance associative s'articule autour de trois organes, l'Assemblée Générale des adhérents, le conseil d'administration, le Président, entouré du bureau. Des comités et groupes de travail, comprenant administrateurs, professionnels salariés et adhérents viennent compléter la gouvernance associative dans des domaines transversaux (comité de gestion financière, politique qualité, communication, éthique, appui à la performance...) ou dans le cadre de chaque établissement sous la forme d'un « comité de suivi ». Ils travaillent en coordination avec le Conseil d'Administration. Pour améliorer encore la transparence des actions menées, des référents d'établissements sont nommés au sein du Conseil d'Administration. Relais des familles des personnes accompagnées, ils représentent l'association dans les CVS (conseil de vie sociale) des établissements. Le conseil d'administration de l'association est constitué de parents et familles des usagers pris en charge dans l'association.
		<u>La construction juridique de l'EAM :</u> À l'origine, l'établissement a été créé en 2010. L'arrêté conjoint n°2010-171 du 5 octobre 2010, portant à la création du foyer d'accueil médicalisé octroie une autorisation à l'association Autisme 75, pour une durée de 15 ans de créer et faire fonctionner une structure d'accueil en hébergement pour personnes disposant d'une reconnaissance et orientation délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Cette structure est autorisée à recevoir 25 usagers (20 places en hébergement dont 5 réservés à l'alternance) et 5 places en accueil de jour. L'arrêté conjoint n°2018-58171 du 15 mars 2018, portant à l'autorisation d'extension de 29 à 30 places de l'EAM Simone Veil est octroyée à l'association Autisme en Ile de France. L'arrêté conjoint n°2019-177 portant à autorisation d'extension de capacité de 19 places de l'EAM Simone Veil a été octroyé au vu du besoin de transformation de l'offre vers une plus grande personnalisation et adaptabilité aux besoins des usagers en prévoyant une palette diversifiée et graduée de l'offre médico-sociale à destination des personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme.
1.1.2	<u>Les conditions d'autorisation</u>	

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		[REDACTED]
1.1.3	<u>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</u>	[REDACTED]

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1.4		[REDACTED]
	<u>La population accueillie</u>	<u>L'EAM</u> Les [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] <u>Le CAJM :</u> Les [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les méthodes d'éducation structurée telles que le TEACCH, (« Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés ») englobant des outils de communication comme le PECS (« Picture exchange communication system ») sont mises en place selon les entretiens réalisés avec les professionnels, mais également à la lecture du projet d'établissement et des projet individualisés Les usagers du CAJM Hors les murs ne sont pas ceux qui viennent de l'EAM. Seul deux usagers de l'EAM hébergement participent aux activités de ce site. L'orientation sur cet espace de socialisation et d'accompagnement socio-éducatif se pense lors de l'élaboration des projets individualisés. Les usagers rencontrés ont fait part à la mission que l'axe insertion manquait de perspectives en termes de lieu de stage, accès à l'emploi et accompagnement vers une autonomie plus soutenu vers le droit commun. Il a aussi été noté que les activités correspondent aux usagers selon les familles rencontrées, mais que cela pouvait être aussi des activités de types occupationnelles et récurrentes. <u>Le foyer hébergement hors les murs :</u> Le FH [REDACTED] Foyer hors les murs diffus : 2 studios rue Falguière, un 3ème est recherché par l'association.

1.2. Management et Stratégie

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2.1	<u>Le règlement de fonctionnement (RF)</u>	Le règlement de fonctionnement est distinct pour les deux structures habilitées dans l'arrêté n° 2018-58171. Un règlement de fonctionnement du foyer diffus est également réalisé. Établi pour une durée de 5 ans (2020-2025), ils contiennent les dispositions obligatoires prévues par le CASF hormis les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle. La date de signature du règlement n'est pas notifiée dans le document transmis à la mission.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 1 : L'établissement n'a pas prévu les dispositions obligatoires concernant les mesures à prendre en cas d'urgences et de situations exceptionnelles ce qui contrevient à l'article R 311-35 du CASF.⁴ La révision du règlement de fonctionnement est prévue lorsque le projet d'établissement sera validé. Remarque 1 : Le règlement intérieur fourni à la mission ne comporte pas de date et de signature.
1.2.3	<u>Le projet d'établissement (PE)</u>	Le projet d'établissement (PE) en cours a été fourni à la mission pour la période de 2020-2025. Il n'est pas signé et ne comporte pas de date Au jour de l'inspection, un groupe de travail a débuté en octobre 2024, afin de renouveler le PE. Il y aura trois projets distincts selon le type de prise en charge (centre de jour, hébergement, hébergement diffus). Les groupes de travail qui sont constitués ont été réalisés sur la base du volontariat, un mail de participation a été transmis à tous les professionnels. Les groupes sont menés par les cadres de proximité (coordinateur, chef de service, à venir cadre infirmier) et la directrice adjointe pour les aspects en lien avec la gouvernance et la bientraitance. Le projet renouvelé prévoit en lien avec les objectifs du CPOM et de la réglementation en vigueur : - un volet éducatif, la réponse accompagnée pour tous, - un volet projet de soins, - un volet projet pédagogique, - le volet sur la sécurité du résident n'est pas mis en œuvre, mais le plan bleu a été renouvelé en 2024, prévoit les modalités à déployer dans le cadre de l'urgence. Ces temps de réflexion et d'adaptation du PE au public accueilli ont été menés en pluridisciplinarité en intégrant selon la direction et les entretiens menés avec des usagers, l'avis des familles via une réunion de CVS. Cela s'est accompagné en amont de la refonte des procédures de prises en charge de l'usager qui a été menée depuis septembre 2024, à l'arrivée de la directrice adjointe.
1.2.6	<u>La direction, l'organigramme</u>	Un organigramme revu au 1 février 2025 a été transmis à la mission. Il a été mis à jour suite aux vacances de postes. L'organisation par pôle n'a pas été revue. Il traduit les liens fonctionnels et hiérarchiques. La direction générale nous a informé dans l'entretien réalisé que ce dernier sera finalisé avec l'arrivée d'un cadre infirmier qui coordonnera les soins. Au jour de l'inspection [REDACTED]

⁴ Article R311-35Version en vigueur depuis le 26 octobre 2004Le règlement de fonctionnement indique les principales modalités concrètes d'exercice des droits énoncés au présent code, notamment de ceux mentionnés à l'article L. 311-3. Il précise, le cas échéant, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service. Il indique 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. Il précise les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens. Il prévoit les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles. Il fixe les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Au 17 [REDACTED]
1.2.7	<u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>	Au niveau de la direction générale : <u>Réunion de direction</u> : La directrice générale organise une réunion mensuelle de tous les directeurs et directeur adjoint afin de transmettre les informations, les modalités d'intervention nouvelles, les projets de l'association et un temps est consacré aux remontées des informations et demandes du terrain. Un compte rendu est établi indiquant les participants et il est disponible auprès des cadres sur le réseau commun. Une fois par trimestre les chefs de service sont conviés à cette instance. <u>Réunion de tous les professionnels</u> : deux fois par an a minima et plus si nécessaire, une réunion est programmée avec tous les professionnels de tous les établissements. La continuité de service reste assurée sur les sites ayant un hébergement. Au niveau de l'établissement : <u>Une réunion de reporting quotidienne</u> : elle a lieu tous les matins, d'une durée d'une demi-heure. Elle est composée de la directrice adjointe, la cheffe de service, la responsable RH et un coordonnateur. Un bref retour sur la nuit et les actions à mener dans la journée est réalisé. <u>Une réunion de reporting mensuelle</u> : elle intègre l'équipe de direction, la psychologue, la cadre administrative, les cadres de proximité. <u>Une réunion CODIR</u> : elle a lieu tous les 15 jours. Elle se compose de tous les cadres (psychologue, CSE, cadre administratif, directrice adjointe directrice générale en intérim du poste vacant de directeur) <u>Une réunion qualité</u> : elle a lieu tous les mois, y sont étudiées les FEI (fiche d'évènement indésirable), les remontées du terrain. Une fiche résolution est émise à la fin de la réunion pour qu'elle soit transmise aux équipes. <u>Réunion de direction</u> : Elle a lieu tous les vendredis, elle est menée par la DG, elle est ouverte à la directrice adjointe, le poste de directeur et au besoin la chef de service. Pour toutes les réunions, une fiche résolution est éditée, le compte rendu est effectué par la directrice adjointe.
1.2.8	<u>La relation entre l'organisme gestionnaire, la direction et les salariés</u>	<u>Les dispositifs présents au sein de l'établissement favorisant la parole du professionnel</u> : Un groupe d'accompagnement des pratiques est en cours au sein de l'établissement une fois par mois. Les cadres n'y sont pas conviés. Une convention avec une association de psychologues est en cours, qui peuvent intervenir pour parler des difficultés vécues, aborder la question des troubles de comportements ou intervenir pour redynamiser les équipes à la suite d'un incident par exemple. <u>Le comité social et économique</u> : Le CSE de l'établissement est élu au niveau associatif, il est informé et consulté sur l'ensemble des décisions de gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production (source compte rendu des réunions CSE 2024). Il est réuni de manière exceptionnelle à la demande des deux parties ou selon le calendrier établi en début d'année par l'association.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires												
		<u>La rotation des professionnels et l'absentéisme :</u> Concernant les années 2022-2023 : (sources Campagne ANAP 2023) Le taux d'ETP vacant en pourcentage était de 12,98% en 2023 et 28,74 % en 2022, dont 9,48 % en 2022 et 6,92 % en 2023 concernant la fonction en soins. Ce taux de rotation (en lien avec des démissions) était au deçà du taux médiant IDF PH situé autour de 9,60%. Au jour de l'inspection l'EAM offrait les postes à pourvoir ci-dessous : <table><tr><td>IDE</td><td>■</td></tr><tr><td>Aide-Soignant CDI (AS)</td><td>■</td></tr><tr><td>Médecin Psychiatre</td><td>■</td></tr><tr><td>Moniteur Éducateur (ME)</td><td>■</td></tr><tr><td>Éducateur Spécialisé (ES)</td><td>■</td></tr><tr><td>Ergothérapeute</td><td>■</td></tr></table> Le poste de directeur vacant depuis le 15 décembre 2024, à la suite de l'arrêt maladie puis le départ du directeur arrivé en 2023, est exercé par la directrice générale ; secondée par une directrice adjointe depuis le 15 septembre 2024, pour un an. Un [REDACTED] [REDACTED] 82 professionnels sont en poste le jour de l'inspection, soit un taux de vacance de 7,38% Les entretiens menés avec les professionnels n'ont pas révélé de climat social dégradé. <u>La vacance du poste de directeur/trice de l'établissement :</u> A la création de l'établissement en 2017 et jusqu'en 2022, un premier directeur y a exercé pour l'association initiale. Il a effectué au moment de son départ un tuilage avec son remplaçant. Le deuxième directeur recruté en 2022 a mis fin à son contrat, 10 mois après sa prise de fonction (février 2023). À la suite de ce départ, un manager de transition a été recruté (6 mois d'exercice), il avait pour missions, selon les entretiens menés avec la direction, de définir les axes de travail prioritaires afin de rétablir un fonctionnement optimisé et sécurisant pour l'utilisateur accueilli en plus d'une mission d'encadrement des équipes. Une première vacance organisée et gérée par la directrice générale intervient à la nomination de ce manager de transition. Un troisième directeur prend ses fonctions en février 2023, alors que l'établissement est confronté à des départs de professionnels en CDI.	IDE	■	Aide-Soignant CDI (AS)	■	Médecin Psychiatre	■	Moniteur Éducateur (ME)	■	Éducateur Spécialisé (ES)	■	Ergothérapeute	■
IDE	■													
Aide-Soignant CDI (AS)	■													
Médecin Psychiatre	■													
Moniteur Éducateur (ME)	■													
Éducateur Spécialisé (ES)	■													
Ergothérapeute	■													
1.2.9 1.2.10 1.2.14 1.2.15	La direction de l'établissement													

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
1.2.12	<u>Les astreintes administratives et techniques</u>	Les nouvelles fiches de postes transmises font mention selon le poste de la participation à l'astreinte. Les DUD et subdélégations y sont précisés. <u>Les astreintes techniques :</u> L'établissement est sur un site mutualisé, site le village, géré par un gestionnaire indépendant de l'association. Un numéro d'urgence renvoyant à l'astreinte technique est disponible, pour le soir. Et en cas d'urgence en journée. <u>Les astreintes administratives :</u> La directrice générale, la directrice adjointe, le chef de service, le cadre administrative participent à l'astreinte. Elle est hebdomadaire, sur un numéro unique. Le protocole prévoit que le salarié en difficulté interpelle la direction qui organise par téléphone les actions à mener, donne la marche à suivre, contacte les services concernés par l'urgence, se déplace sur le site le cas échéant. Une traçabilité de cet appel doit apparaître dans les transmissions.
1.2.13	<u>La présence et le remplacement de la direction</u>	Au jour J, en lien avec la vacance de poste de direction, la DG ne s'absente en congés que lorsque la directrice adjointe est présente (et vice versa). Un protocole de remplacement et de gestion de l'absence de la direction a été remis à la mission, et il prévoit : En cas d'absence de la direction de l'établissement, la Directrice Générale reprend les subdélégations accordées dans le cadre du Document Unique de Délégation (DUD). Elle assure ainsi la [REDACTED] [REDACTED]

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Organisation des absences des cadres :</u> L'organisation des absences des cadres repose sur un système de roulement, garantissant en permanence la présence d'un chef de service par unité. Ce chef de service est chargé de : • Assurer le bon fonctionnement quotidien de l'établissement. • Organiser et ajuster les plannings des salariés. • Veiller à la mise en œuvre des activités des résidents. • Maintenir le lien avec les familles et les partenaires de première ligne. <u>Gestion des événements indésirables graves en cas d'absence de la direction</u> En cas d'événement indésirable grave, la Direction Générale prend immédiatement le relais en lien avec le Président de l'organisation afin de coordonner la gestion de crise et les mesures appropriées. Ce protocole, qui garantit une continuité du fonctionnement de l'établissement en l'absence de la direction, est disponible dans la salle de « pause » des professionnels, en affichage au sein du bureau de la cadre administrative, et dans le bureau du secrétaire de l'établissement dans un classeur nommé procédure. Une mention est également disponible dans le livret d'accueil du nouvel arrivant. En l'absence d'un médecin ou d'un cadre infirmier, le planning de présence des professionnels de soins est assuré par la chef de service de l'EAM. Il y a Le recrutement en cours du médecin et l'arrivée programmée d'un cadre de santé à l'horizon du 15 avril 2025, permettra une autre organisation.
1.2.16	<u>L'encadrement des professionnels de soins</u>	<u>Remarque 2 : L'encadrement des professionnels de soins s'effectue par la direction et la chef de service, en l'absence d'un cadre infirmier et d'un médecin.</u>
1.2.20	<u>Les affichages</u>	À l'arrivée dans l'établissement, le panneau d'affichage dédié aux usagers ne disposait pas des documents obligatoires suivants : ☐ Horaires d'ouverture de l'IME ☐ Arrêté de dotation globale ☐ Dernière enquête de satisfaction ☐ Règlement de fonctionnement ☐ Numéro 3977/ALMA

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		☐ PV des CVS et composition CVS Les menus du jour sont visibles dans l'établissement et dans les salles de regroupement par unité. Ils sont également un outil qui permet à l'utilisateur de se situer quotidiennement. A savoir, tous les matins, les usagers par groupe mettent les pictogrammes sur le menu du jour afin de repérer les aliments qui composent le menu. Au départ de la mission, l'établissement à mis à jour le tableau d'affichage sauf concernant la dernière enquête de satisfaction, le dernier compte rendu du CVS. Le livret d'accueil, le projet de service en vigueur ont été déposés dans un support accroché au mur. Écart 2 : L'établissement ne procède pas à l'affichage des comptes rendus du CVS ce qui contrevient à l'article D 311-32 du CASF. ⁵⁵ Remarque 3 : L'établissement, qui a procédé le jour de l'inspection à la mise en conformité des affichages en direction des usagers, n'a pas affiché la dernière enquête de satisfaction.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3.1	<u>Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation</u>	Le CVS est en place au sein de l'EAM Simone Veil. Il est composé de: 3 représentants des personnes accueillies ou accompagnées, ou leurs représentants légaux ou leurs familles ; • 1 représentant du personnel ; • 1 représentant de l'organisme gestionnaire.

⁵⁵ Article D311-32-1Version en vigueur depuis le 01 janvier 2023Modifié par Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 - art. 1Le relevé de conclusions des formes de participation mises en œuvre peut être consulté sur place par les bénéficiaires de la prise en charge, les familles ou les représentants légaux, les personnes chargées d'une mesure de protection juridique avec représentation, un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1, qui n'en sont pas membres.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Il est commun à toutes les structures Simone Veil que gère l'association Autisme en Ile de France sur ce site soit : le FAM Village, le FAM Hors les Murs et le Centre d'accueil de jour, ce qui est autorisé (article D. 311.3 du CASF⁶) mais s'avère plus lourd à gérer. Sa présidente a été élue en mai 2024. L'instance actuelle ne représente selon elle qu'une petite partie des familles et proches des usagers de l'EAM Simone Veil, il y a moins de 50% des familles qui y siègent, qui s'impliquent et qui sont investies. Depuis son arrivée, elle a présidé trois séances, en mai et octobre 2024 et le 21/01/2025. Elle est assistée d'une mère d'usager pour le secrétariat et le compte rendu. En amont de la date de séance, elle élabore un ordre du jour des points que les familles veulent aborder, puis le transmet à la direction. Fin février, la validation du CR de cette dernière séance par la direction était en attente et ce dernier CR par conséquent, pas affiché. Les familles représentées expriment le souhait de séances plus nombreuses (actuellement trois par an conformément au CASF) et d'un CVS spécifique à l'EAM. Les dates prévues 2025 des séances : le 21/01 (tenue), juin et septembre 2025. À noter que la procédure <i>ÉTHIQUE D'UTILISATION DE LA SALLE D'APAISEMENT</i> prévoit en chapitre 3 sur ses modalités d'utilisation, que l'installation d'un dispositif de suivi par caméra, doit faire l'objet d'un avis du CVS. Saut à ce que cet aspect ait déjà été soumis au CVS, il devrait être inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance en juin 2025, ne l'ayant pas été auparavant. Il a été constaté que sont affichés au sein des bureaux administratifs qui ne sont pas accessibles au public : la liste des membres composant le CVS et seulement le compte rendu, de la séance extraordinaire tenue le 22/02/2024. Ceux de mai et octobre 2024 et de la plus récente séance le 23/01/2025, n'étaient pas affichés le jour de l'inspection, ce qui est contraire à l'article D311-38-4 CASF⁷. Écart 3 : Le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale n'était pas affiché le jour de l'inspection (article D311-38-4 CASF). Remarque 4 : La procédure ÉTHIQUE D'UTILISATION DE LA SALLE D'APAISEMENT qui prévoit que l'installation d'un dispositif de suivi par caméra doit faire l'objet d'un avis du Conseil de la Vie Sociale (CVS) n'a pas été soumis au CVS.

⁶ Article D. 311.3 du CASF : (...) Lorsque plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ou établissements ou services mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 311-6 sont gérés par une même personne publique ou privée, **une instance commune de participation** peut être instituée pour une même catégorie d'établissements ou de services, au sens de l'article L. 312-1 (...).

⁷ Article D311-38-4 CASF : Sans préjudice des dispositions du 2° de l'article D. 311-15, le projet d'établissement est établi et révisé après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Le projet et ses révisions sont transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation de l'établissement ou du service. Il est affiché dans les locaux de l'établissement ou du service, **à proximité des autres documents, notices et services d'information**, notamment le règlement de fonctionnement, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, l'arrêté de désignation des personnes qualifiées, la composition et le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale et les tarifs applicables dans l'établissement ou le service. Le projet est mis à disposition des personnels, des partenaires, des personnes accueillies ou accompagnées et de leur entourage dans un format adapté permettant à toute personne d'en prendre connaissance.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3.2	Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	Le CVS est tenu informé à travers une cartographie anonymisée des EI et EIG qui lui a été présentée (séance non précisée), comme le recommandait le rapport d'évaluation du 18/12/2023 du Cabinet Parmentier (<i>Présenter la cartographie des plaintes et réclamations en CVS, et suivi plan d'actions</i>).
1.3.3	Les enquêtes de satisfaction	Des enquêtes annuelles de satisfaction, élaborées à partir du logiciel Ageval utilisé au sein de la structure, sont en place. Les résultats sont présentés et commentés aux représentants et familles des usagers en CVS. La dernière enquête de décembre 2024 doit faire l'objet d'une présentation/analyse lors de la séance de juin 2025. Le taux de réponse de la part des personnes concernées et leurs représentants, reste très limité : 11 réponses soit un taux de 21,5% du nombre attendu, et correspondant aux réponses principalement des familles participantes, présentes au CVS. Leurs commentaires en conclusion de l'enquête sont les suivants : - <i>L'amélioration est en cours avec le recrutement de personnel - Mais il faut recruter du personnel qualifié et intéressé par ce travail - ce qui reste à démontrer - Ceux qui sont qualifiés, investis et qui restent doivent être encourager !!!</i> - <i>On ressent que la situation s'est améliorée par rapport à la crise de l'année dernière, mais il reste encore à stabiliser l'effectif et l'organisation, et impulser une dynamique à l'ensemble de l'équipe, pour l'engager dans un projet commun et motivant.</i> - <i>C'est une structure très professionnelle, où nos jeunes sont pris en charges avec attention, bienveillance et professionnalisme. Nous sommes, grâce à cela, sereins de les voir y passer la journée.</i> - <i>Jugement d'ensemble sévère, parce qu'il y a eu dégradation de la vision et du fonctionnement du Foyer. Causes multiples. Résultat négatif. Beaucoup est à relancer, sans doute avec consultation des parents qui savent les difficultés mais peuvent coopérer à l'amélioration.</i> - <i>Renforcer la sécurité aux portes d'accès du FAM et remettre un film neuf adhésif anti-regard sur la porte d'accès RH. De plus, ne plus laisser les résidents descendre seuls, les chariots et les poubelles, munis du badge, le soir, sans qu'ils ne soient accompagnés par un éducateur.</i> - <i>Renforcer la sécurité aux portes d'accès du FAM et remettre un film neuf adhésif anti-regard sur la porte d'accès RH. De plus, ne plus laisser les résidents descendre seuls, les chariots et les poubelles, munis du badge, le soir, sans qu'ils ne soient accompagnés par un éducateur.</i> - <i>Même si nous sommes plutôt satisfaits le foyer fonctionne beaucoup moins bien qu'au début avec des problèmes de climat social.</i>

1.4. Gestion de la qualité

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4.1	Les professionnels référents et responsable qualité	Le plan d'amélioration continue de la qualité est piloté par la directrice adjointe épaulée en tant que de besoin par la directrice générale de l'Association (dans l'attente du recrutement d'une directrice). Suivant la subdélégation de pouvoirs et de responsabilités co signée le 16/09/2024 (p. 3), la directrice adjointe est garante de la conduite d'une politique d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, et de la prévention des situations de maltraitance.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4.2	<u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	Une version actualisée du plan d'amélioration continue de la qualité, sur les objectifs de la période du 01/01 au 31/12/2025, a été transmise après l'inspection (« édité le 22/02/2025 »). Le plan est structuré en six colonnes correspondant aux items : 1/ Référence/Objectif, 2/ Thème, 3/ Source, 4/ Responsable, 5/ Échéance, 6/ Priorité, 7/ Statut. Son contenu est décliné suivant les actions en attente de mise en place ou d'amélioration détaillées au rapport d'évaluation final de mars 2024, et suivant celles du CPOM signé le 04/01/2024⁸, soit 67 actions (et sous actions) définies en tout : - 24 objectifs définis à partir du rapport d'évaluation tous assortis d'un critère de priorité de 1, dont 12 fléchés comme étant traités. - Et 43 objectifs issus des axes du CPOM pour la structure soit notamment : formaliser un partenariat avec un cabinet IDE afin d'assurer la permanence du soin pendant le week-end ; formaliser un partenariat avec Cap Emploi, avec le secteur psychiatrique, avec des ESMS enfants ; etc.
1.4.3	<u>L'évaluation et l'auto-évaluation</u>	L'évaluation de la qualité de l'EAM Simone Veil est récente, réalisée par le cabinet Parmentier Bleu Social⁹ en décembre 2023, son rapport final est daté du 18/03/2024. Son audit a porté sur trois principaux chapitres (la personne, les professionnels, l'ESSMS), il se conclut sur l'appréciation générale, selon laquelle : <i>Le niveau de sécurité est questionné en interne par une majorité de salariés du fait d'un manque de communication entre étages en cas d'urgence et d'un manque de communication entre la direction et les professionnels. Cette insécurité est également marquée par le fait d'absence d'équipe médicale stable (MedCo et IDE) mettant clairement en insécurité les équipes. Le changement de direction récent ne permet pas pour l'instant une structuration stable et constructive. Il est important de co construire avec les équipes (...) et qu'elles aient connaissance des différents process, procédures et outils institutionnels.</i> Les constats par thèmes sont traduits en 24 objectifs au plan d'amélioration continue de la qualité transmis (cf. ci-dessus), en vue d'une mise en œuvre effective.

⁸ CPOM co signé le 04/01/2024 par le président de l'association Autisme en Ile de France, l'ARS Ile de France, le Président du CD 78 et la maire de Paris.

⁹ Cabinet Parmentier Bleu Social situé 145 avenue Parmentier 75010 Paris, numéro d'accréditation 3-2028 (source : Liste HAS du 25/03/2025 des organismes autorisés à évaluer les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles).

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Appréciation générale L'évaluation a été difficile en terme d'organisation. Le choix des usagers à rencontrer n'a pas pu être respecté en partie. De même, la répartition des professionnels sur les réunions d'audit s'est faite au dernier moment, ce qui a pu générer, au delà d'une perte de temps, une angoisse chez certains salariés et des difficultés dans le bon déroulement des audits. Le niveau de sécurité est questionné en interne par une majorité de salarié du fait d'un manque de communication entre étage en cas d'urgence et d'un manque de communication entre la direction et les professionnels. Cette insécurité est également marquée par le fait d'absence d'équipe médicale stable (medeco et IDE) mettant clairement en insécurité les équipes. Le changement de direction récent ne permet pas pour l'instant une structuration stable et constructive. Il est important de co construire avec les équipes afin qu'elles se sentent investies et qu'elles aient connaissance des différents process, procédures et outils institutionnels.
1.4.4	La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	Au sein de l'EAM la politique de prévention de la maltraitance est traduite : ✓ Dans les documents institutionnels : - Le règlement de fonctionnement (p. 4). - Le projet d'établissement (p. 8) : le développement sur la bientraitance énonce des principes généraux sans précision des moyens à mettre en œuvre comme ils sont énoncés à l'article L311.8 du CASF¹⁰. ✓ Par une procédure spécifique « de prévention et gestion de la maltraitance » de date récente du 14/01/2025 selon laquelle : (...) • <i>Formation obligatoire</i> : Le personnel doit recevoir une formation régulière sur la détection des signes de maltraitance, la gestion des comportements, et la manière d'agir pour préserver le bien-être des résidents. La formation doit inclure les principes de bientraitance, de respect des droits humains et des valeurs éthiques. • <i>Sensibilisation continue</i> : Organiser des sessions de sensibilisation continues pour rappeler les principes de bientraitance, les risques de maltraitance et les conséquences pour la personne accueillie ainsi que pour l'établissement. Lors de l'accueil des nouveaux salariés, remettre un kit de sensibilisation à la bientraitance, de ce qu'est la maltraitance, avec une charte de bientraitance, la charte des droits et libertés de la personne accompagnée et la charte éthique comportementale (...). Cette procédure est, d'après les entretiens menés, peu connue des professionnels.

¹⁰ Article L311.8 du CASF : Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il désigne une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'État dans le département et l'agence régionale de santé, à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté et qui est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. (...).

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		✓ L'analyse des pratiques professionnelles est en place : cf. ci-dessous §/3.1.10. ✓ Le numéro Alma est affiché. ✓ Une salariée, la professionnelle psychologue, était référente de fait. Après son départ son ou sa successeur est sensée prendre le relais, mais cette fonction de référence ne figure pas dans la fiche de poste type remise (et il n'y a pas de fiche de poste individualisée). ✓ Un système de vidéo surveillance est installé pour assurer la sécurité des usagers et des professionnels (contexte de faits d'agression et de violence physique fréquents). Le rapport d'évaluation de mars 2024 identifie des points assortis du critère numéro 1 de cotation le plus insuffisant au regard des lacunes relevées (Objectif 3.11, cf. ci-dessus) : - Pas de document, - défini avec les professionnels -, d'identification des situations à risque pouvant générer des actes de maltraitance et de violence. - Pas de plan, - défini avec les professionnels -, de prévention et de gestion des risques de maltraitance et violence au bénéfice des personnes accompagnées et au regard des risques identifiés. - Pas de connaissance (de la part des professionnels) de procédure ou protocole. - Pas de formation ni de sensibilisation. D'après le PACQ consécutif à l'évaluation : - La procédure de prévention et de gestion des faits de maltraitance a été présentée (CDS, le 31/05/2024), - Une cartographie des risques de maltraitance a été élaborée (Directrice adjointe, le 31/10/2024), ses résultats et le plan d'actions découlant de cette cartographie auraient été présentés au CVS. Ces documents et le compte rendu de séance du CVS au cours de laquelle ils ont été présentés, n'ayant pas été transmis, il n'est pas possible de se prononcer sur leur contenu. Il n'y a pas de mention sur la bientraitance dans le livret d'accueil usagers. La procédure « prévention de la maltraitance » fait état de la remise d'un <i>kit de sensibilisation à la bientraitance lors de l'accueil des nouveaux salariés</i>, qui n'a pu être vérifiée, le livret des nouveaux professionnels n'ayant pas été transmis. Les plans de formation 2024 et 2025 transmis pour l'EAM ne traduisent pas les actions spécifiques attendues de soutien et d'acculturation des professionnels, professionnels dont la plupart méconnaissent la procédure « <i>prévention et gestion de la maltraitance</i> » récente de janvier 2025 : - Pas de formation spécifique en 2024 sur la prévention de la maltraitance¹¹.

¹¹ D'après les attestations transmises les **formations 2024** ont porté sur : douleur chez la personne, favoriser et développer l'autodétermination de l'adulte, analyse comportementale appliquée, comprendre les enjeux de la réforme Séraphin, PECS (Système de Communication par Échange d'Image), CPOM.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Au plan 2025 prévisionnel : seule une professionnelle, la psychologue, est pressentie pour suivre une formation Bientraitance (délivrée par l'URIOPPS). Écart 4 : Le projet d'établissement n'énonce que des principes généraux sur la thématique « bientraitance » sans précision de mise en œuvre ni précisions concernant le dépistage de la maltraitance, ce qui ne respecte pas l'article L311.8 du CASF¹². Il n'y a pas de sessions de formation spécifiques et régulières, ni de séances de sensibilisation organisées en continu ; la procédure spécifique est récente et insuffisamment diffusée auprès des professionnels. Il n'a pas été retrouvé de mention sur la bientraitance dans le livret d'accueil usagers.
1.4.5	<u>La déclaration des maltraitances</u>	La marche à suivre pour le signalement de faits de maltraitance est identique à celle des EI/EIG, via la plateforme Ageval. Elle est détaillée dans la procédure générale de prévention et gestion de la maltraitance datée du 14/01/2025 (cf. ci-dessus) selon laquelle : 3. (...) A. Mise en place d'un dispositif de signalement • <i>Canaux de signalement confidentiels : Toute suspicion de maltraitance doit être remontée immédiatement auprès de la direction, sous forme déclarative via le portail AGEVAL, puis en entretien direct avec cette dernière. (...).</i> Cette procédure s'applique aux cas de maltraitance de la part de professionnels sur les personnes accueillies, mais pas à la maltraitance d'usagers sur les professionnels, qui est le cas de figure le plus fréquent lors de l'inspection en février. Dans le cadre de leur mission d'accompagnement, les professionnels sont exposés à risque important lié aux accès de violence physique de la part de certains usagers lors d'épisodes de crises (cf. ci-dessous).
1.4.6	<u>Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels</u>	En lien avec son autorisation d'origine¹³ l'EAM est site d'accueil de personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) associés à des troubles du comportement, dont certaines (trois à quatre usagers), de troubles graves (« comportements problèmes ») avec des accès imprévisibles de violence lors de crises, qui les mettent en danger, ainsi que les autres résidents et les professionnels.

¹² Article L311-8Version en vigueur depuis le 09 février 2022Modifié par LOI n°2022-140 du 7 février 2022 - art. 22Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il désigne une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département et l'agence régionale de santé, à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté et qui est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. Le contenu minimal du projet, les modalités d'association du personnel et des personnes accueillies à son élaboration ainsi que les conditions de sa diffusion une fois établi sont définies par un décret. Ce décret définit les modalités d'affichage des documents, notices et services d'information dans les établissements. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 3113-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle.

¹³ Et pour répondre aux demandes de prises en charge TSA compte tenu des besoins du territoire, formulées par les autorités d'autorisation et de tarification (source : entretien ancienne administratrice association).

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<u>Les situations de violence ou harcèlement</u> (+ Cf. ci-dessus développement sur maltraitance)	Ces derniers font part de leur inquiétude et de leur impuissance, confrontés à ces situations qui se répètent¹⁴ : Extrait courrier 25/10/2024 de la cheffe de service et de la cadre de santé aux médecins référents de [REDACTED] auteur d'agressions : (...) Il passe à l'acte deux à trois fois par semaine, nous avons remarqué que certaines personnes peuvent être ciblées. Il devient dangereux envers lui-même car la semaine dernière il a cassé un verre et a menacé de l'avaloir et de se couper. (...) Dans l'établissement, nous n'avons plus que 2 ou 3 personnes qui arrivent à le contenir. (...) Les salariés ne se sentent plus en sécurité dans le groupe de [REDACTED] pour votre information nous avons eu en 2023, 10 accidents du travail. La situation s'empire depuis la rentrée de septembre 2024 car nous sommes déjà à 7 accidents de travail. (...) Face à l'ampleur de la situation il devient quasiment impossible d'assurer sa sécurité et celle des autres résidents ainsi que des salariés. Cette agressivité envers les personnels est présente également en direction des résidents. Il se permet désormais de rentrer dans les chambres pour les agresser physiquement (...) ». Les événements indésirables déclarés en 2024 (près de 60%) et au 1^{er} trimestre 2025 (près de 80%) portent en majorité sur ces faits répétés qui posent des difficultés de résolution à la structure malgré le suivi pluridisciplinaire pour plusieurs à travers un plan d'accompagnement global (PAG). Certains de ces résidents font l'objet d'un accompagnement spécifique et d'un suivi PAG, multi partenarial (MDPH, ARS, Direction des Solidarités Ville de Paris, unité mobile interdépartementale /UMI, CMP du 15ème et le GHU Sainte Anne)¹⁵. La situation relative au même résident a fait l'objet depuis début 2025 de quatre déclarations d'EIG (14/01/2025, 15/01, 18/01, 22/01/2025). Dans ce contexte d'accueil, les modalités de gestion et suivi des « comportements problèmes » et crises liés aux troubles du comportement, font l'objet de procédures récentes du début d'année 2025 transmises après l'inspection : - Deux procédures similaires datées du 10/02/2025 : procédure de prévention et gestion des troubles du comportement, procédure en cas de comportements violents des usagers/résidents, selon lesquelles : « (...) Cette procédure vise à assurer un cadre sécurisé et accueillant pour les personnes accompagnées et les professionnels en mettant en place des stratégies de prévention adaptées, une gestion efficace des crises et un suivi rigoureux des épisodes de comportements violents. La mise en place de cette procédure repose sur plusieurs principes fondamentaux : • Une approche individualisée basée sur l'analyse fonctionnelle des comportements, permettant d'identifier les déclencheurs et les besoins sous-jacents de chaque individu. • L'implication de l'ensemble des professionnels pour garantir une cohérence et une continuité dans l'accompagnement. • Une formation régulière des équipes aux techniques comportementales et aux stratégies de désescalade. • Un suivi étroit des événements indésirables

¹⁴ Entretien CESP 13/02/25 et extrait réunion groupe 23/01/2025 : [REDACTED] reste au moins jusqu'à dimanche en hospitalisation à [REDACTED]. Un EIG santé va être effectué en plus de l'EIG déjà déclaré. Nous avons **besoin d'être aidés par d'autres instances** avant le retour de [REDACTED]. **Beaucoup de salariés expriment leur peur** quant à son retour. Sa violence augmente et il n'y a pas toujours de signe précurseur. **Malgré l'accompagnement en 1 pour 1 son état violent de diminue pas**. Nous attendons les retours des psychiatres et de l'UMI venu l'observer là-bas. La maman a demandé une permission pour le week-end. Pour le moment aucun retour. Nous allons revoir son protocole d'accompagnement avant son retour.

¹⁵ **Extrait rapport BP 2024 du 30/10/2023** : Une mesure nouvelle proposée est motivée par la nécessité de **renforcer l'accompagnement d'un adulte autiste en accueil en internat**. Du fait de son parcours et d'une instabilité familiale récurrente, cette personne est sujette à une recrudescence de ses troubles du comportement hétéro agressifs malgré l'accompagnement mis en place. Des CMR ont été mobilisés en 2023 à hauteur de [REDACTED] avec la mise en place d'un dispositif de renfort (organisme TES VACANCES) suite au groupe opérationnel de synthèse du 10/03/2023 avec la MDPH, l'ARS, la DSOL, l'UMI, l'EAM et le CMP du 15ème et le GHU Sainte Anne (suivi du plan d'accompagnement global /PAG) **dans un contexte de droit d'alerte/ de retrait suite à plusieurs accidents du travail de salariés** de l'EAM provoqués par ce résident à l'occasion **plusieurs passages à l'acte hétéro agressifs très violents** à la fin de l'année 2022 et en janvier 2023. Son retour au mois de mars 2023 a nécessité la mise en place d'un dispositif de renfort qui s'est révélé indispensable pour éviter une nouvelle hospitalisation à l'unité renforcée de l'Hôpital Sainte Anne. Afin de pouvoir maintenir son accueil en internat et éviter toute rupture de parcours, nous avons absolument besoin de maintenir un taux d'encadrement sur les différents temps de la vie quotidienne et tout particulièrement lors des moments de transition. Pour cela, nous estimons qu'il nous faut auprès d'un personnel d'accompagnement supplémentaire à temps complet à l'année.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		liés aux troubles du comportement pour adapter les interventions et améliorer en continu les pratiques. • Une collaboration étroite avec les familles et les professionnels de santé afin d'assurer une prise en charge globale et cohérente (...) ». - Une « procédure de soutien aux salariés afin de faire face à la gestion des troubles du comportement » du 22/01/2025 dont l'objet : <i>apporter un soutien aux salariés qui font face aux troubles du comportement des résidents et usagers. Soutien des Équipes et Protection des Salariés</i>¹⁶. • <i>Formation continue et sensibilisation des équipes sur : • L'analyse fonctionnelle des comportements. • Les techniques de gestion de crise et d'accompagnement positif. • La communication alternative et augmentée. • Formation spécifique à la méthode PCM (Professional Crisis Management) pour gérer les situations de crise avec bienveillance et efficacité. • Les procédures en lien avec la prévention et la gestion des troubles du comportement. • Supervision et analyse des pratiques pour renforcer les compétences des équipes.</i> - Une procédure éthique d'utilisation d'une salle d'apaisement dite <i>Time Out</i> installée au 1^{er} niveau de la structure, prévoit en chapitre 3 sur ses modalités d'utilisation que l'installation d'un dispositif de suivi par caméra doit faire l'objet d'un avis du Conseil de la Vie Sociale (« une information claire doit être communiquée aux familles et aux résidents concernés »). Ce point doit être inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance qui se tiendrait en juin, il ne l'a pas été avant car la séance du 21/01/2025 est antérieure au 10/02/2025 date d'élaboration de la procédure transmise. Il n'y a pas de session spécifique ni au plan de formation réalisé 2024 ni au plan 2025 contrairement aux recommandations ci-dessus d'<i>Une formation régulière et continue des équipes aux techniques comportementales et aux stratégies de désescalade</i>, et contrairement au constat sur ce point de l'évaluation dans son rapport de mars 2024, assorti du critère n° 1 de cotation insuffisant (p. 94). Lors des entretiens avec les professionnels¹⁷, ces procédures semblent méconnues. ✓ Les moyens et réponses apportés face aux états de crise, agressions et manifestations de violence : - L'EAM sollicite en première intention le psychiatre du résident s'il en a un ; il s'appuie sur l'expertise du superviseur qui fournit des protocoles adaptés à chaque cas (grille spécifique ABC¹⁸ complétée et protocoles d'amélioration), et sur l'unité mobile interdépartementale¹⁹. Si ces mesures ne sont pas suffisantes pour endiguer, il y a recours à hospitalisation en unité fermée sécurisée de service psychiatrique, mais qui ne constitue qu'une solution temporaire de courte durée avec retour de la personne au sein de la structure et risque de récider rapide.

¹⁶ - Cellule d'écoute mise en place avec un prestataire extérieur en cas d'agression physique d'un résident. - Débriefing systématique en équipe avec la psychologue après un incident. -Renforcement temporaire des équipes en cas de situation particulièrement complexe. - Protection des salariés vulnérables (exemple : femmes enceintes, restrictions médicales). - Explication claire et partagée des protocoles individuels en cas de crise, avec mises à jour régulières. - Mise à disposition de matériel de protection.

¹⁷ Entretien avec un coordonnateur.

¹⁸ Grille spécifique ABC : grille d'observation de type ABC (A pour Antécédents, B pour Behavior et C, pour Conséquences) est un outil de travail interdisciplinaire visant l'étude exhaustive d'un comportement spécifique.

¹⁹ UMI Centre (75/Paris et 92/Hauts de Seine) : L'Unité Mobile Interdépartementale est un service dédié aux Situations Complexes en Autisme et Troubles Envahissants du Développement (Source Internet). Les missions : Évaluation Appréciation des situations complexes de façon globale et multidimensionnelle, en lien étroit avec des partenaires ressources pour les diagnostics et l'évaluation fonctionnelle. Apaisement sur les sites d'accueil : Contribution à la recherche de solutions apaisantes aux problématiques existantes. Réinsertion en cas de nécessité : Proposition d'accompagnement pour envisager l'orientation la plus adaptée aux besoins de la personne avec le réseau existant.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Réponse médicalementeuse par l'administration au résident d'un « si besoin » adapté pour sédater et rechercher le retour à la normale et la désescalade. La décision d'administration d'un « si besoin » dans ce type de situation est prise par la chef de service, ou par l'astreinte administrative, les professionnels de santé IDE n'interviennent pas dans cette décision. - Renforcement du ratio en professionnels : lors des accès de crise, le ratio peut être ponctuellement de 3 pour 1, ce qui peut déséquilibrer le ratio d'accompagnement des autres résidents accueillis. - Recours temporaire pour une durée limitée à isolement du résident en crise aigüe dans une salle d'apaisement dite Time Out spécifiquement aménagée ; son utilisation est régie par un protocole : <i>procédure éthique d'utilisation de la salle d'apaisement</i> ; d'après sa date, le 10/02/2025, il a été rédigé très peu de temps avant l'inspection et est méconnu des professionnels. - Des moyens de sécurisation des usagers exposés et victimes, et des professionnels : des caméras de vidéosurveillance sont installées dans différents endroits. Deux professionnels « veilleurs », dont un est diplômé AMP et l'autre faisant fonction, se relaient pour assurer la garde de nuit des résidents et effectuer des rondes régulières. - Sécurisation des visiteurs en cas de crise d'un résident : mise à l'abri du visiteur dans une pièce fermée à clé. En dépit des moyens renforcés dont moyens RH et ceux ci-dessus décrits, qui sont mobilisés pour quelques cas, le nombre d'événements indésirables déclarés traduit les difficultés rencontrées pour y faire face. Cela est concordant avec les observations faites lors de la visite d'inspection. Remarque 5 : il n'y a pas de session spécifique et régulière ni au plan de formation 2024 ni à celui 2025 concernant une formation régulière des équipes aux techniques comportementales et aux stratégies de désescalade de la violence et sur la gestion des comportements et techniques d'apaisement dans les procédures transmises.
3.1.10	<u>Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des usagers</u>	L'analyse des pratiques est en place au bénéfice des professionnels quels qu'ils soient. Elle est organisée avec un organisme extérieur de supervision « Epsilon Melia » qui met à disposition des psychologues spécialisés. Ils interviennent au moins deux fois par an et autant que nécessaire en soutien de la gestion des comportements problématiques et de leurs conséquences²⁰ (cf. ci-dessus), également sur les autres structures de l'association, FAM HM et le CAJ. Les comptes rendus de supervision amènent à constater que chaque situation individuelle fait l'objet de conseils adaptés individualisés de la part du superviseur, dans une démarche d'aide et d'appui aux accompagnants²¹. Les fiches d'évaluation/Bilan évaluation stagiaires 2024 traduisent la satisfaction des professionnels et la réponse à un besoin constant compte tenu des situations auxquelles ils sont confrontés (crises, accès de violence physique et agressions). La cheffe de service a mis en place un groupe d'analyse qui se réunit tous les 15 jours, animé avec la psychologue embauchée à l'automne 2024.

²⁰ Cf. déclaration de l'événement indésirable survenu le 28/05/2024 : fait d'agression grave de la part d'un usager sur un autre usager : dispositions prises : « Nous poursuivons le travail d'analyse de la situation en lien avec l'UMI Est et la superviseuse du GAP ».

²¹ EXS CR séance supervision 07/02/2025 : Degradations de l'environnement : stratégies préventives : mettre à disposition des objets sonores dans sa chambre (...) ; stratégies de remédiation : en cas de claquement de porte, continuer à le rediriger gestuellement en chambre (...) ...

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

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5.1	<u>Le plan bleu</u>	Le plan bleu applicable à l'EAM a été transmis, il a été mis à jour le 31/05/24 en lien avec l'objectif correspondant, fixé au PACQ. Il contient les dispositions attendues : les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques avec différentes fiches actions selon les risques (canicule, grand froid, etc.), les modalités de la continuité d'activité, et de reprise d'activité. Le plan transmis, mis à jour en mai 2024, indique en qualité de responsable du plan le précédent directeur qui a quitté son poste depuis, il nécessite une actualisation sur ce point après recrutement d'une directrice.
1.5.1	<u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	Les réponses aux réclamations sont centralisées au niveau de la direction (directrice générale de l'association durant son intérim de direction et directrice adjointe) qui se charge de répondre dans les meilleurs délais aux plaignants, de les contacter par téléphone et de prendre les mesures immédiates. Les caractéristiques propres de l'association gestionnaire créée à l'initiative de parents expliquent ces modalités qui incluent l'information du président de l'association Autisme en Ile de France, en général aussi destinataire des plaintes ainsi que des réponses apportées par la structure. Il y en a eu 8 en 2024. La plateforme Ageval constitue le support d'enregistrement et de traçabilité des réclamations. Le rapport d'évaluation du 18/03/2024 a identifié des points assortis du critère numéro 1 de cotation le plus insuffisant²² en raison des lacunes constatées : pas de procédure ni de document de recueil des plaintes et des réclamations, pas de tableau de suivi, recueil fait par oral ou par mail traité en direct. D'après le plan d'amélioration continue de la qualité qui a été transmis, deux actions correctrices restent à finaliser au jour de l'inspection : - Communiquer les plaintes et réclamations aux parties prenantes et les transmettre aux autorités tarifaires, au CVS et en réunion d'équipe (statut : en cours ; échéance : 31/12/2025). - Organiser l'analyse des plaintes et réclamations" à l'ordre du jour des réunions d'équipe afin de co construire des actions correctives 30/11/2025 (statut : en cours ; échéance : 30/11/2025). Selon les entretiens, les professionnels ne sont pas au courant de l'existence d'un dispositif de recueil et des détails de traitement des réclamations, hormis le fait que dans le cadre de leurs contacts avec les familles ils sont amenés à faire remonter par courriel les problèmes par exemple matériels qui leur sont évoqués.

²² Critères de cotation de l'évaluation de 1 : le niveau attendu n'est pas du tout satisfaisant, à 4 : le niveau attendu est tout à fait satisfaisant

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 6 : D'après le PACQ, deux actions correctrices restent à finaliser au jour de l'inspection : Communiquer les plaintes et réclamations aux parties prenantes et les transmettre aux autorités tarifaires, au CVS et en réunion d'équipe (statut : en cours ; échéance : 31/12/2025) ; Organiser l'analyse des plaintes et réclamations" à l'ordre du jour des réunions d'équipe afin de co construire des actions correctives 30/11/2025 (statut : en cours ; échéance : 30/11/2025).
1.5.2	<u>La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)</u>	Une procédure de déclaration, de traitement et suivi des événements indésirables (EI et EIG) datée du 05/01/2025, est en place (elle fait suite à une précédente plus ancienne, réactualisée). Elle décrit les objectifs et la marche à suivre : détaille les différentes étapes dans le cadre de la déclaration et du suivi des EI/EIG : ses Objectifs : • <i>Assurer la déclaration, le suivi et la gestion des événements indésirables et graves.</i> • <i>Garantir une réactivité adaptée en fonction de la gravité de l'événement.</i> • <i>Mettre en place des mesures correctives et préventives pour améliorer la qualité et la sécurité des accompagnements.</i> ✓ La plateforme [REDACTED] constitue le support de déclaration, de traitement ainsi que de suivi des événements indésirables (EI et EIG). Elle permet d'accéder à une cartographie des risques. Tous les professionnels peuvent procéder à déclaration au moyen de codes accès individuels, ils ont bénéficié d'un accompagnement en ce sens. Le professionnel déclarant peut consulter les actions correctives mises en place à la suite de son signalement, par l'onglet correspondant sur Ageval™ (« consulter mes déclarations »). L'association s'est engagée depuis fin 2022²³ à mettre en place et à diffuser une culture de prévention du risque qui n'existait pas auparavant. Dans cette optique, une charte de <i>confiance non punitive à l'attention des salariés de l'EAM Simone VEIL</i>, postérieure à l'inspection et datée du 12/02/2025 a été transmise. Il y est précisé que <i>Pour garantir l'efficacité de cette charte : Des sessions régulières de sensibilisation et de formation seront organisées pour familiariser les salariés avec les procédures de signalement et d'analyse des événements indésirables.</i> Mais la consultation des plans formation amène à constater que cet objectif de sensibilisation des professionnels ne se traduit ni dans le plan réalisé 2024 ni dans celui de 2025. Les déclarants les plus fréquents sont (extractions traçabilité 2024 et 2025) : la directrice adjointe depuis son arrivée en septembre 2024, la DG de l'association (intérim de direction de la structure), la cheffe de service, les coordonnateurs, la responsable administrative dans une moindre mesure. La qualification et la classification des faits en EIG, - le cas échéant en un des 11 faits graves définis par le CASF et figurant sur Ageval™ -, sont pilotées et exclusivement effectuées par la direction de l'EAM (le 13/02/2025 directrice adjointe) et la directrice générale de l'association avec information du président.

²³ Entretien le 13/02/2025 avec la Directrice générale.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Dans le contexte d'accueil de personnes atteintes de TSA associés à des troubles du comportement²⁴ (cf. ci-dessus) dont certaines de troubles graves (« comportements problèmes »), les événements indésirables majoritairement déclarés²⁵ sont en lien avec des accès de violence et agressions : 40 déclarations sur un total de 71 en 2024 soit près de 60%, et près de 80% au 1er trimestre 2025. La situation relative au même résident a fait l'objet depuis début 2025 de quatre déclarations d'EIG (14/01/2025, 15/01, 18/01, 22/01/2025), D'après les statistiques des déclarations 2024 : Le nombre de faits déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris est de bien moindre importance : pour 2024 quatre déclarations, et pour 2025 au jour de l'inspection, un événement du 24/01. ✓ En termes de suivi, dès qu'il y a déclaration une alerte mail est envoyé au groupe FEI composé de : la direction, la cadre de santé, les psychologues, les chefs de service et les deux coordonnatrices, groupe élargi en tant que de besoin à un coordonnateur du centre d'accueil de jour et à un représentant DSI. En fonction de l'évènement, des mesures immédiates sont prises (elles suffisent s'il s'agit de problème matériel), puis un plan d'actions est défini avec l'intervention si nécessaire du superviseur Epsilon par des protocoles adaptés²⁶. La traçabilité de tout le circuit depuis la déclaration de l'évènement jusqu'au suivi et la clôture, est assurée en détail avec détail des faits, professionnels concernés, mesures prises, etc.
1.5.3	<u>La procédure de gestion des événements indésirables en PECM</u>	Il n'y a pas de procédure spécifique de gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse (PECM). D'après les relevés de déclarations des événements indésirables (EI) transmis pour l'EAM : - 6 déclarations ont été faites en 2024 sur le circuit du médicament (notamment défaut, oubli d'administration, erreurs piluliers). - Et 5 déclarations au 1^{er} trimestre 2025. Ces déclarations n'ont pas été remontées à l'ARS et Ville de Paris.

²⁴ Un chiffre ou/et une proportion de résidents accueillis atteints de TSA et TComptiem.

²⁵ Source : statistiques déclarations EI année 2024

²⁶ Extrait déclaration du 14/01/2025 : 9) Dispositions prises ou envisagées par la structure (...) *poursuite de la cellule de crise en lien avec le superviseur.*

Observations ou commentaires		
N°LIGNE	Points de contrôle	
		Écart 5 : L'établissement ne déclare pas aux autorités de tarification et de contrôle l'ensemble des événements indésirables concernant le circuit du médicament, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.²⁷
1.5.4	<u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (ReEx) des EI</u>	Un groupe « FEI » est chargé d'analyser les événements signalés et de suivre l'avancement du plan d'actions et des mesures correctives (source : procédure de déclaration et de traitement des EI/EIG). Il est composé de : la direction, le cadre de santé, le cadre administratif, la cheffe de service, les psychologues, les coordinatrices. Il se réunit mensuellement lors du CODIR élargi pour analyser les EI et EIG signalés, et pour suivre l'avancement du plan d'actions et des mesures correctives mises en œuvre en fonction des événements survenus. Une commission de suivi se tient tous les trois mois au siège associatif au cours de laquelle la direction de l'EAM présente un point actualisé au président.
1.5.5	<u>Le signalement aux autorités administratives compétentes</u>	Le signalement à effectuer aux autorités compétentes est réalisé. Exemples : ✓ Plainte déposée au commissariat du 15^e arrondissement en décembre 2024 pour fait de dégradation des locaux. ✓ Déclaration à la Police à la suite du signalement le 22/0/2025 d'un EIG pour agression et accès de violence physique du résident régulièrement sujet à crises liées à ses troubles profonds et réitérés du comportement²⁸.

²⁷ Article L331-8-1Version en vigueur depuis le 30 décembre 2015Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

²⁸ Extrait signalement du 22/01/2025 effectué par la cheffe de service : *Un résident du FAM Simone VELL, [REDACTED], présente de façon crescendo des troubles du comportement de plus en plus sévères et très violents, depuis deux ans. Pour la seule année 2024, nous avons déclaré 9 EIG auprès des tutelles ARS et Ville de Paris. Pour 2024 également, nous avons déclaré également 10 Accidents de Travail. A ce jour, malgré toutes les mesures prises sur le plan comportemental, renforcement de l'équipe (1/1) lien avec l'UMI Est, la psychiatre ([REDACTED]), la neurologue ([REDACTED]) aucune avancée et amélioration du comportement imprévisible du résident (...).*

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N° LIGNE

2.1.1

Points de contrôle

Les effectifs professionnels

Observations ou commentaires

Les postes vacants :

CAJM -Foyer d'hébergement

Aucun poste vacant au sein du CAJM et au foyer d'hébergement n'est à recruter. La mission allouée au poste de CSE en congés formation a au jour de l'inspection était redistribuée sur la directrice adjointe, la CSE de l'EAM et la coordonnatrice.

Tous les salariés de ces deux unités de l'EAM sont en CDI depuis plus d'un an.

L'EAM :

Emploi	ETP	Nombre de salarié à recruter	Remarque et action en cours
Médecin ou médecin psychiatre	■	■	■
Cadre infirmier cadre de sante	■	■	■
Ergothérapeute	■	■	■
IDE	■	■	■
Éducateur spécialisé	■	■	■
Aide-soignant	■	■	■
AS ou Conseiller économique sociale familiale (CESF)	■	■	■
Directeur	■	■	■
Total	■	■	

Les postes en CDD Long :

Emploi	ETP	Observation
Directeur adjoint qualité	■	■

N°LIGNE	Points de contrôle		Observations ou commentaires	
	ES			
	AS			
	AS ou AES de nuit			
	Veilleur de nuit			
L'effectif au jour de l'inspection : il y a dans les effectifs 82 professionnels toutes professions confondues.				
	Emploi	Cdd	Cdi	
	Médecin ou médecin psychiatre			
	Cadre infirmier cadre de sante			
	Ergothérapeute			
	Orthophoniste			
	IDE-Infirmier Diplômé d'État-			
	Éducateur spécialisé			
	ES FF (faisant fonction)			
	Éducateur sportif			
	Aide-soignant			
	AS faisant fonction			
	AES			
	AES FF			
	Moniteur éducateur			
	ME FF			
	ES COORDONATEUR			
	AS ou CESF			
	Directeur			
	Directeur adjoint			
	Cadre administratif			
	Agent administratif			

N° LIGNE		Points de contrôle		Observations ou commentaires													
		<table><tr><td>Maitresse de maison</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Agent technique</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Maitresse de maison				Agent technique									
Maitresse de maison																	
Agent technique																	
		Les apprentis :															
		<table><tr><th>Profession</th><th>Nombre</th></tr><tr><td>AES</td><td></td></tr><tr><td>ES</td><td></td></tr><tr><td>ADMINISTRATIVE</td><td></td></tr></table>		Profession	Nombre	AES		ES		ADMINISTRATIVE							
Profession	Nombre																
AES																	
ES																	
ADMINISTRATIVE																	
		Chaque stagiaire a un tuteur désigné.															
		Les professionnels de nuit :															
		<table><tr><th>Profession</th><th>Nombre</th></tr><tr><td>AMP FF</td><td></td></tr><tr><td>AMP/AES</td><td></td></tr><tr><td>VEILLEUR</td><td></td></tr><tr><td>SURVEILLANT DE NUIT QUALIFIE</td><td></td></tr><tr><td>AS</td><td></td></tr></table>		Profession	Nombre	AMP FF		AMP/AES		VEILLEUR		SURVEILLANT DE NUIT QUALIFIE		AS			
Profession	Nombre																
AMP FF																	
AMP/AES																	
VEILLEUR																	
SURVEILLANT DE NUIT QUALIFIE																	
AS																	
		Écart 6 : L'équipe soignante ne dispose pas actuellement du concours d'un psychiatre ou d'un médecin, ce qui remet en question la sécurité et la qualité de la prise en soins des usagers accompagnés comme prévu par l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF²⁹.															
2.1.2		<u>Les contrats de travail</u>		Tous les contrats de travail ont été transmis à la mission. Ils sont présents dans tous les dossiers des salariés, dûment signés. L'accès à un CDI, lorsque le poste est dit en tension, s'effectue à la suite d'un CDD de 3 à 6 mois maximum. Du 14 novembre 2024 au 30 janvier 2025 :													
2.1.4		<u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>		La mission a analysé 18 dossiers de professionnels en CDD et CDI. Ils contiennent : - les éléments liés à l'embauche (CV, convocation entretien d'embauche, convocation à la journée d'immersion).													

²⁹ Article L311-3 (1°) (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- les diplômes / inscription à l'Ordre : il existe les diplômes obtenus par les professionnels, mais il n'y a pas les éléments d'inscription à l'ordre ou de vérification des diplômes. Il n'y a pas les éléments de demande d'autorisation d'exercice pour les professions réglementées dont le salarié est titulaire d'un diplôme non obtenu en France dans les dossiers. - suivi de la carrière ; - l'original de fiche de poste : il n'y a pas de fiche de poste dans les dossiers signée par l'employeur et le salarié ; - entretien professionnel et objectifs : les dernières évaluations de 2023 sont dans les dossiers des salariés en CDI, pour les salariés en CDD de plus de 2 mois, une fiche objectifs est déposée au dossier. - plan de formation individuelle ; La consultation des bulletins du casier judiciaire est tracée dans un fichier de vérification. Les professionnels ont-ils une visite médicale annuel par la médecine du travail ? Ils sont sous clés et accessibles sur rendez-vous par le salarié. Écart 7 : L'établissement ne procède pas à la vérification des diplômes et de l'inscription ordinaire des professions réglementées, ce qui contrevient aux articles L 4311-15 du CSP³⁰, L 4341-2 du CSP.³¹
2.1.6	<u>Le plan de formation des professionnels</u>	Il existe un plan de formation annuel. Il répond à des formations de type obligatoire, demandées par l'employeur, à la demande du salarié, notamment concernant les VAE, les formations avancées en lien avec les usagers. <u>La formation en lien avec les situations problèmes :</u> L'organisme choisi par le gestionnaire propose les formations de type Autisme et syndrome de Dunn, ABA, Oralité alimentaire. <u>La formation en lien avec la bientraitance :</u> L'organisme choisi par le gestionnaire propose les formations de type Autisme et stress professionnel, éthique, communication alternative, guidance parentale, bientraitance. <u>La formation en soins :</u>

³⁰ Article L4311-15 Version en vigueur depuis le 01 janvier 2020 Modifié par Ordonnance n°2019-964 du 18 septembre 2019 - art. 35 (VD) Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, avant leur entrée dans la profession, ainsi que celles qui ne l'exerçant pas ont obtenu leur titre de formation depuis moins de trois ans.

³¹ Article L4341-2 Version en vigueur depuis le 19 janvier 2018 Les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession d'orthophoniste sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant leur entrée dans la profession. L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leur titre de formation ou de leur autorisation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de situation professionnelle.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les aides-soignants et autres personnels non-IDE sont impliqués dans la distribution des médicaments, mais uniquement pour la phase d'aide à la prise, reconnue comme acte de la vie courante par le médecin traitant. En l'absence d'IDE en CDI, ou d'un cadre de santé au jour de l'inspection la formation en lien avec la délégation de distribution de médicaments n'a pas été réalisée sur les 12 derniers mois. La direction déclare que les anciens professionnels ont bénéficié de cette formation. Écart 8 : Les professionnels participant à la distribution des médicaments n'ont pas bénéficié de la formation par un professionnel infirmier ce qui contrevient à l'article R 4311-4 CSP³².
2.1.7	<u>L'aide à la mobilité/mutation des agents</u>	L'aide à la mobilité des agents est prise en compte conformément à la convention 66, à savoir que les salariés qui le souhaitent peuvent être mutés dans une structure de l'association gestionnaire, sur un autre emploi. Cela est parlé lors de l'évaluation du salarié par son supérieur hiérarchique. La demande peut également être faite en interne par suite d'un appel d'offre. Un temps de 2 mois est demandé au salarié qui demande à muter sur un autre poste, ce afin d'assurer le remplacement.
2.1.8	<u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	Une procédure relative aux nouveaux arrivants a été demandée en pièce à transmettre, mais elle n'a pas été remise. Une procédure a été consultée sur site le jour de l'inspection inopinée. Cela était un document de travail. Il se décline comme suit : • Une journée en amont de la prise de service est organisée et payée au futur arrivant. Lors de cette journée, le trombinoscope des usagers est transmis et il est passé en revue toute la problématique de chacun des usagers. • Le postulant passe de 9h10 à 16h10 la journée avec les résidents afin d'être repéré. • Tous les outils de services comme la fiche d'accompagnement, les outils de transmission, les outils présents dans les salons et les salles d'activités sont présentés. • La distribution des médicaments est expliquée lors de cette journée à travers la fiche de suivi de l'administration des médicaments. • En l'absence de formation dédiée à l'accompagnement à la prise des médicaments par des professionnels non soignants, les nouveaux arrivants au jour de l'inspection n'ont pas été formés. • Sur un contrat d'un mois et plus, une formation dite pack (prévention gestion de crise et connaissance du public) est censé être organisée.

³² Article R4311-4Version en vigueur depuis le 26 juillet 2021Modifié par Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 - art. 1Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1.9	<u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnement éthique</u>	Les deux premiers jours du nouvel arrivant, un pair est désigné afin d'apporter des réponses aux questions et s'assurer de la bonne prise en charge des usagers. Un point d'étape est réalisé avec le coordinateur en fin de première journée et un point d'étape au bout de 15 jours est effectuée avec la chef de service ou la directrice adjointe selon le poste. Pour chaque stagiaire, un référent est désigné. Aucun des entretiens menés par la mission auprès des professionnels (hors direction), ne mentionne ce protocole comme étant formalisé. Remarque 7 : L'établissement n'a pas communiqué de protocole ou de procédure concernant les nouveaux arrivants et qui aurait été transmis aux salariés pour sa mise en œuvre.
2.1.10	<u>Les plannings des professionnels</u>	Le questionnement éthique autour des situations est abordé avec une association de psychologues qui intervient au besoin (lors d'un évènement ayant entraîné une agression) ou à la demande du salarié via un numéro dédié, ou en groupe sur une question éthique. Il ressort des entretiens avec les professionnels que si un questionnement, une posture à évaluer, par suite d'un évènement ayant impacté la sécurité d'un usager ou d'un professionnel intervenait, une réunion spécifique, un entretien avec le cadre ou la direction sont proposés. Supra gestion de la qualité point IGAS 1.4.4.1 Les plannings sont propres à chaque structure de l'établissement. CAJM -FH rue Desnouettes : Le déploiement du logiciel OCTATIME est en cours. Au jour de l'inspection, les plannings sont réalisés sur 6 semaines sur un format Excel, en réunion équipe, ils sont transmis à la directrice adjoint pour validation. Il est affiché pour chaque semaine au sein des locaux et en direction des usagers. <u>Il y a 3 cycles :</u> 7h-14h30 : Ce temps permet aux veilleurs de passer les consignes. 9h-17h30, il s'agit des horaires des professionnels qui sont en situation de travail au CAJM et celui de la psychologue, de la coordonnatrice, de la chef de service et de l'aide-soignante. 13h30 -21h30 : Ce temps permet aux salariés d'être et sur le CAJM et d'assurer le retour des usagers internes, d'effectuer des visites à domicile. Les transmissions sont effectuées alors le soir également. Le veilleur arrive à 21h00 et part à 7h30. <u>Les horaires du week-end :</u> 8h30/20h30 le samedi (le service est effectué par un professionnel). 7h00/19h00- 9h30/21h30. Le dimanche (le service est effectuée par deux professionnels).

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																			
		- Les professionnels dédiés au CAJM et FH font un week-end sur trois. Les congés sont posés en priorité sur les temps de fermeture de l'établissement prévus au CPOM. La demande de congés est à faire un mois avant l'absence. En cas d'absence d'un professionnel, la coordonnatrice prend en charge l'activité du jour si l'absence n'excède pas 2 jours, mais au-delà le recours à un CDD est possible. La décision revient à la CSE et en son absence à la directrice adjointe. Deux réunions sont organisées : Le lundi de 16h30 à 18h00. Il est abordé les situations, les plannings des jeunes, le planning des professionnels. Le jeudi de 14h30 à 16h30 : la coordonnatrice est présente à la réunion de l'établissement chaque semaine. <u>EAM site village, allée Eugénie :</u> Les personnels administratifs, la direction et le cadre de proximité ont un cycle de 5 jours de 9h00 à 17h30. Depuis 2022, le cycle horaire est basé sur 12h00, sur un cycle de trois jours travaillés, trois jours de repos. Il existe trois horaires qui permettent la transmission pour la nuit et le matin : 7h30/19h30 9h00/21h00 8h00/20h00. - Nuit : 21h00 à 7h30. Répartition des salariés concernant l'organisation de la prise en charge : <table><tr><th></th><th>Arc de triomphe</th><th>Géode</th><th>Pyramide</th><th>Sacré cœur</th><th>Tour Eiffel</th><th>CAJM- Hors les murs</th></tr><tr><td>Salariés en roulement jour</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		Arc de triomphe	Géode	Pyramide	Sacré cœur	Tour Eiffel	CAJM- Hors les murs	Salariés en roulement jour																											
	Arc de triomphe	Géode	Pyramide	Sacré cœur	Tour Eiffel	CAJM- Hors les murs																															
Salariés en roulement jour																																					

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
		Salarié en roulement Week end Salarié en roulement nuit		
2.1.12	<u>Les fiches de poste des professionnels</u>	L'AS FF réalise des horaires allant de 8h00 à 18h00. Les IDE effectuent leur mission sur 12h00 de 8h00 à 20h00. Les plannings font mention des postes vacants, des stagiaires et des remplacements effectués. Chaque version est numérotée. Il est à noter qu'il n'y a pas de soignant qui exerce le week-end. À la suite de l'inspection, une convention d'intervention d'une infirmière les fins de semaine a été transmise. Remarque 8 : L'établissement jusqu'au 23 février 2025, n'organisait pas la prise en charge en soins par une IDE. Les 18 dossiers des professionnels consultés sur place ne contenaient pas de fiche de poste. Des entretiens menés avec des professionnels, il ressort qu'ils n'ont pas signé de fiche de poste, mais que cette dernière avait été transmise à l'embauche. La mission a été destinatrice de fiches de poste non signées et non individualisées Ces dernières comportent : • La description des fonctions, • La conduite à tenir, la marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, • La possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte. Il ressort de l'entretien menée avec la direction qu'elles seront transmises à tous les salariés lors de leur évaluation professionnelle. Remarque 9 : La direction n'a pas fait signer les fiches de poste aux salariés. Les fonctions éducatives et d'accompagnement au quotidien : Il est indiqué dans les documents analysés par la mission (fiches de paye, dossiers des salariés, contrats de travail), que certaines catégories socio-professionnelles sont effectuées dans le cadre du faisant fonction. Ces fonctions n'étant pas ordinaires, il n'y a donc pas de glissement de tâches. Pour la fonction d'AES (niveau 3), les salariés disposent d'un équivalent de même niveau en spécialité « accompagnement de la vie à domicile ». La fonction de soins L'établissement compte dans son effectif 4 aides-soignants et un aide-soignant que la mission considère comme faisant fonction. Cet ASFF salarié en CDI dont le diplôme d'infirmier a été obtenu à l'étranger n'a pas fourni le document permettant à la mission de vérifier s'il a obtenu une autorisation		
2.1.13	<u>Les glissements de tâches</u>			

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		d'exercice en qualité d'aide-soignant. Il est actuellement en formation VAE infirmier, mais il n'apparaît pas dans les pièces reçues qu'il ait validé la première année. La mission décrite lors des entretiens qu'exerce ce dernier est de participer à l'élaboration du parcours de soins en organisant les rendez-vous médicaux (prise de rendez-vous, s'assurer de l'accompagnement). Mais l'établissement n'ayant pas fait signer de fiche de poste ou de fiche de mission, on ne peut être assurer que ce salarié n'exerce pas la mission propre à un aide-soignant.
2.1.14	<u>La gestion des absences prévues et imprévues</u>	Écart 9 : En positionnant un salarié sur un poste d'aide-soignant sans qu'il ait fourni la preuve d'une autorisation d'exercice en lien avec son diplôme obtenu à l'étranger, l'établissement contrevient aux articles L 4391-1 et L4391-2 du CSP³³ Une procédure en cas d'absence et de gestion des absences imprévues a été communiquée à la mission. Signée le 2 février 2025, elle vise à garantir la continuité de l'accompagnement et la sécurité des résidents tout en optimisant la gestion des ressources. Elle prévoit : <u>Remplacement immédiat des personnels critiques</u> • Personnel de soins (ex : infirmiers) : La permanence des soins immédiats est assurée en ayant recours à de l'intérim ou à un cabinet infirmier. Il existe une liste, un vivier que l'établissement sollicite de manière régulière. • Surveillants de nuit : Un remplacement immédiat est requis afin de garantir la sécurité des résidents ou auprès des salariés de nuit ou ceux qui ont été formés à la nuit. <u>Gestion des absences des personnels éducatifs</u> • Le remplacement des personnels éducatifs dépend de la durée de l'absence et de la catégorie du personnel concerné : • Absence de 1 à 2 jours : Réorganisation interne sans recours à un renfort externe. • Absence de plus de 2 jours et inférieure à 5 jours : Mobilisation de renforts internes avec paiement d'heures supplémentaires. • Absence supérieure à une semaine : Recrutement d'un CDD via le réseau constitué. <u>Absence d'un cadre sur une période longue</u> • Mobilisation d'un cadre interne pour suppléer les missions. • Si besoin, recrutement d'un cadre en CDD long. <u>Outils de gestion des remplacements</u> • L'application STAFELIO (mise en relation entre l'établissement et des personnels en CDD) a été intégrée au logiciel de suivi du temps de travail

³³ **Article L439-1 CSP** Peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : 1° Du diplôme d'État d'aide-soignant ; 2° Du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; 3° Du diplôme professionnel d'aide-soignant.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Ocitime afin de faciliter et d'optimiser les recrutements en cas d'absence imprévue des personnels éducatifs.

2.2. Gestion d'information

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.2.1	<u>Les données statistiques de la structure</u>	Le rapport annuel 2023 pour la partie soin et département a été communiqué à la mission d'inspection. Il a été établi courant 2024. La partie soins du rapport d'activité présente d'une part des statistiques relatives aux urgences et hospitalisations des résidents en 2023, et d'autre part des évaluations d'activités réalisées par les différents professionnels de la structure (e.g. aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes). Cette partie présente les conventions mises en place courant 2023. La prise en charge des situations complexes y est développée. Le taux d'occupation réalisé (99%) est supérieur au taux cible (90%). Les formations dispensées au sein de la structure y sont également présentées. Un bilan financier clôt la partie soins du rapport.
2.2.2	<u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u>	L'établissement tient à jour sur support informatique un registre des entrées et sorties. Y sont mentionnées : - l'identité des personnes accueillies, - la date de leur entrée, - la date de leur sortie, L'impression du document est possible par demande auprès de la direction. Le registre n'est pas paraphé par le maire. Écart 10 : Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas paraphé par le maire ce qui contrevient à l'article R 331-5 du CASF³⁴. L'établissement tient à jour un document recensant la présence quotidienne des usagers. Il tient également un classeur dématérialisé.

³⁴ Article R331-5Version en vigueur depuis le 26 octobre 2004 Le registre prévu à l'article L. 331-2 est coté et paraphé par le maire.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.2.3	<u>Les dossiers administratifs des usagers</u>	Les dossiers administratifs des usagers : La mission a consulté un échantillonnage de 8 dossiers de résidents. Le contenu des dossiers des résidents est composé comme suit : - Une fiche de renseignement comportant les noms, prénoms et date d'entrée, - Autorisation de sortie, - Copie pièce identité, - Carte vitale, carte de mutuelle, - Contrat de séjour, - Décision MDPH, - Jugement de protection juridique, - Attestation d'assurance de responsabilité civile. 4 dossiers sur 8 contiennent le projet individuel, datant de 2021 à 2023. L'un des projets individuels n'est pas signé. Certains dossiers (3/8) contiennent des protocoles spécifiques : protocole en cas de crise, protocole douche, protocole repas. Les dossiers ne comprennent pas l'état des lieux du logement, ce qui ne permet pas d'attester qu'il est réalisé systématiquement à l'entrée. Ils ne comprennent pas d'attestation de remise du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et de la charte des droits et libertés de la personne accueillie au résident ou à la personne exerçant la protection juridique. Remarque 10 : L'état des lieux des logements ne figure pas dans le dossier administratif du résident. Écart 11 : Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie ne sont pas remis au résident ou à son représentant légal, ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF.³⁵

³⁵ Article L311-4Version en vigueur depuis le 10 avril 2024

Modifié par LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 - art. 11

Modifié par LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 - art. 1 Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne, à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ainsi qu'à la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou à la personne de confiance désignée dans les conditions prévues à l'article L. 311-5-1 un livret d'accueil auquel sont annexés :a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ; b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.2.4	<u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des usagers</u>	Les dossiers médicaux sont disponibles sous deux supports : - Dossiers papier ; - Dossiers « informatisés ». <u>Les dossiers papier :</u> Chaque dossier papier est constitué de trois parties distinctes : - Le dossier papier propre à chaque résident comportant : - o La copie du carnet de santé ; - o Les certificats médicaux ; - o Les ordonnances médicamenteuses ou de rééducation ; - o Les comptes rendus : des examens médicaux, d'hospitalisations et des consultations ; - o Les courriers médicaux ; - L'ordonnance en cours de validité localisée dans le classeur regroupant toutes les ordonnances à jour des résidents. Ces ordonnances sont classées par unité de prise en charge et par ordre alphabétique au sein de chaque unité ; - L'ordonnance en cours de validité, la copie de la carte d'identité et de la mutuelle le cas échéant, le dernier bilan biologique, le dernier résultat d'imagerie, la fiche de liaison médicale et des récapitulatifs des informations médicales, documents localisés dans cinq classeurs, un par unité de prise en charge. Le rôle des cinq classeurs, à savoir un par unité de prise en charge, est de disposer rapidement des documents nécessaires aux : prises en charge hospitalières ou consultations externes pour chaque résident. <u>Les dossiers « informatisés »</u> Le dossier « informatisé » est localisé au niveau du SharePoint de l'EAM. Chaque dossier « informatisé » d'un résident comporte plusieurs sous-dossiers, dont : - Observations soignantes (transmissions) ; - Comptes rendus ; - Ordonnances ; - Résultats examens ; - Archives ; - Autre.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La fiche de liaison médicale et des récapitulatifs des informations médicales « informatisé » de chaque résident, disponible sur le SharePoint, a un emplacement différent de celui de son dossier « informatisé ». Ni les dossiers papier ni ceux « informatisés » ne comportent un DLU (dossier de liaison d'urgence). La fiche de liaison médicale et des récapitulatifs des informations médicales de chaque résident fait office de DLU. Elle comporte plusieurs parties successives dont : la date de naissance, le lieu de vie, la taille et le poids, les coordonnées des personnes à prévenir, la constitution de la famille, le représentant légal, les antécédents familiaux et personnels, le régime alimentaire, les particularités sensorielles, la communication, le comportement. Ces fiches sont mises à jour par les infirmières lorsqu'un évènement de santé significatif survient chez un résident. Écart 12 : Les DLU ne sont pas élaborés au sein de l'EAM Simone Veil, ce qui pourrait présenter un risque en cas de transfert en urgence d'un usager dans un établissement de santé et nuire à sa sécurité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (1°) du CASF³⁶.
2.2.5	<u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des usagers</u>	<u>Les dossiers médicaux papiers :</u> Les dossiers médicaux papier propres à chaque résident se situent au sein de l'infirmierie dans une armoire qui leur est dédiée. Cette armoire ferme à clé. Les dossiers sont organisés par unité de prise en charge. Chacune des cinq unités dispose d'une couleur pour l'organisation de ses documents qui lui est propre. Le classeur du résident est ainsi coloré avec la couleur correspondante à son unité de prise en charge. Le classeur des ordonnances à jour se situe sur une paillasse au sein de l'infirmierie. Il n'est pas localisé dans un espace fermant à clé. De même, les documents médicaux regroupés en vue d'une hospitalisation ou d'une consultation externe, sont disposés dans cinq classeurs soit un par unité de prise en charge, qui sont localisés sur la même paillasse. Écart 13 : Une partie du dossier médical papier, à savoir l'ordonnance originale en cours de validité et les documents préparés pour une éventuelle hospitalisation ou consultation externe sont stockés dans des espaces qui ne ferment pas à clé, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-3 (4°) du CASF³⁷ et L110-4 du CSP³⁸. <u>Les dossiers médicaux « informatisés »</u>

³⁶ Article L 311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :^{1°} Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; »

³⁷ Article L311-3 (4°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :^{4°} La confidentialité des informations la concernant ; »

³⁸ Article L110-4 du CSP : « I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les dossiers médicaux « informatisés » des résidents, localisés au niveau du SharePoint, sont accessibles aux professionnels disposant d'un code d'accès. Il convient de préciser qu'une partie des soignants, avec lesquels les membres de la mission d'inspection se sont entretenus, ne disposaient pas d'un accès aux dossiers « informatisés ». Remarque 11 : Une partie des soignants n'ont pas reçu leurs identifiants individuels d'accès au SharePoint qui sert de support pour les dossiers médicaux « informatisés » des résidents et pour les transmissions soignantes ciblées.

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3.1	<u>L'état général du bâtiment</u>	Le FAM allée Eugénie est constitué de 4 étages, se répartissant ainsi : -RDC bas : bureaux, salle de réunion, buanderie ; -RDC haut : 6 chambres, salles d'activité, 2 salles de sport ; - Rez-de-jardin : 5 chambres, cuisine/salon, 1 salle d'activité ; - R+1 : 15 chambres, cuisine, salons, 1 pièce polyvalente. L'établissement a transmis les plans des RDC bas, RDC haut et R+1 du FAM allée Eugénie. Les couloirs sont larges, accessibles aux PMR, équipés d'extincteurs. Les plans des locaux sont affichés à chaque étage. L'état général du FAM est satisfaisant. Il est bien entretenu. Lors de la visite d'inspection, le ménage est en cours. Il est réalisé par une entreprise extérieure et complété par les « maitresses de maison ». L'établissement possède une médiathèque, une salle de détente et une salle d'apaisement, intitulée « salle zen », dotée de murs matelassé et de lumière mauve et une salle de relaxation. La Mission a visité la salle d'art plastique, la salle de musique et l'une des deux salles de sport qui est bien équipée en machines.
2.3.2	<u>Espaces extérieurs</u>	Le FAM dispose d'une terrasse à laquelle il est possible d'accéder directement du niveau RDC haut ou par un escalier qu'il faut descendre à partir du niveau 1. L'accès à l'escalier est commun à l'autre structure qui partage le bâtiment. L'accès à cette terrasse est sécurisé : les portes fenêtres disposent d'entrebâilleurs.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3.3	<u>Le suivi des réparations</u>	Un agent technique intervient dans les 3 structures (FAM, CAJM et FAM hors les murs). Il est en charge des petites réparations. Les demandes de réparations sont enregistrées par les cadres dans un logiciel. Il s'agit des demandes de travaux et réparations « courants ». L'agent technique intervient pour des petites réparations diverses telles que : interventions plomberie, électricité (l'agent technique détient une habilitation ABS), remplacement des plaques faux plafond, cuvettes de toilette, doubles rideaux... Il effectue également des travaux de peinture. Il effectue un passage quotidien dans chacune des 3 structures (FAM, CAJ et FAM hors les murs), afin de s'assurer que tous les besoins de réparations sont enregistrés dans le logiciel Il a été indiqué à la mission que l'agent d'entretien dispose d'un atelier de maintenance. Il dispose d'une ligne budgétaire mensuelle dédiée aux réparations et petits travaux de 1 000€ et effectue les achats de matériel. En son absence, et en cas de besoin de réparation, les salariés du FAM appellent l'astreinte qui détient un classeur de procédures. L'entretien de la climatisation, du chauffage et des ventilations est confié à des prestataires extérieurs. Le SSI (système de sécurité incendie) est vérifié mensuellement, ainsi que les extincteurs (tous les 3 mois). Les contrats de maintenance des prestataires extérieurs n'ont pas été transmis.
2.3.4	<u>Le suivi de la qualité de l'eau</u>	Il est indiqué à la mission que l'établissement a connu des cas de légionellose en 2024 et que des contrôles de l'eau sont effectués régulièrement par une société extérieure. L'établissement a transmis 3 résultats d'analyses effectuées le 25/11/2024 par une société extérieure. Les prélèvements ont été effectués : - Dans le local détente du FAM hors les murs de la rue Desnouettes, - Dans la cuisine A du FAM hors les murs, - Dans les sanitaires du haut du FAM allée Eugénie. Les 3 comptes rendus indiquent une « qualité satisfaisante ». Les entretiens révèlent que pour donner suite aux problèmes de présence de légionnelle, une procédure interne a été mise en œuvre : faire couler l'eau 30 mn par jour avec un masque FFP2. Cette procédure n'est pas écrite et la Mission ne peut s'assurer qu'elle est appliquée. Il est indiqué à la Mission qu'un contrôle de l'eau de la balnéothérapie a été effectué la veille de l'inspection et que les contrôles ont lieu tous les 1,5 mois. Il a été préconisé la pose d'un filtre. Les comptes-rendus écrits de ces résultats n'ont pas été transmis.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 14 : L'établissement n'a pas mis en place de plans d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires de légionnelle, ce qui contrevient aux dispositions des articles 1, 2 et 3 de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, stockage et distribution d'eau chaude sanitaire dans les ESMS.
		Écart 15 : L'établissement n'a pas effectuée le contrôle sanitaire applicable aux piscines et bassins accessibles au public ce qui contrevient aux articles D. 1332-1 et D. 1332-10 du CSP³⁹.
2.3.5	<u>Système et/ou salle de rafraichissement</u>	Il est indiqué à la mission que, dans les étages comprenant les unités de vie, les salles d'activités, et certaines salles communes sont rafraichies mais pas toutes. Les chambres ne le sont pas. En période de chaleur, il est recouru à des systèmes rafraichissants portatifs. La mission a constaté la présence d'un climatiseur portatif dans la chambre occupée en alternance par 2 résidents.
2.3.6	<u>L'accessibilité PMR des locaux</u>	Les couloirs, les sanitaires, les locaux collectifs et les chambres individuelles sont larges permettant une circulation aisée. Actuellement aucun des résidents ne circule en fauteuil roulant. Les ascenseurs dont l'accès est sécurisé par un badge disposent de 3 barres d'appui et sont adaptés aux PMR. À chaque étage, une signalétique sous forme de pictogramme est apposée sur les portes des pièces et des bureaux. Sur les portes des chambres est affichée la photo du résident, avec les consignes spécifiques si nécessaire.
2.3.7	<u>Équipement de prévention de la maltraitance</u>	L'établissement possède une salle zen ou salle d'apaisement . Il a été indiqué à la mission que les conditions d'utilisation de cette salle sont actuellement révisées en lien avec les médecins traitants des résidents.

³⁹ Article D1332-10 Version en vigueur depuis le 01 janvier 2021 - La personne responsable de la piscine organise et met en œuvre la surveillance des installations et du système de traitement de l'eau et le système de ventilation d'air de l'établissement. Elle établit à cet effet un protocole de suivi des paramètres et tient à jour un carnet sanitaire dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé. Les carnets sanitaires de l'année en cours et, au minimum, des deux années précédentes sont mis à disposition des agents chargés du contrôle sanitaire mentionné à l'article L. 1332-8, sur le lieu de l'établissement. VI - Les derniers résultats d'analyses et les conclusions sanitaires de l'agence régionale de santé sont affichés par la personne responsable de la piscine de manière visible pour les usagers. En l'absence d'analyses réalisées au titre du contrôle sanitaire, les derniers résultats d'analyses issues de la surveillance et effectuées par un laboratoire sont affichés dans les mêmes conditions.

2.4. Sécurités

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4.1	L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement, notamment au bénéfice de ses pensionnaires qui ne sont pas couverts par le titre Ier du livre IV du code de la sécurité sociale	L'établissement est inscrit dans un « village » composée de plusieurs structures. Il y a une assurance annuelle du village et le gestionnaire a contracté une assurance propre pour l'ensemble de ses établissements conformément à l'article D 312-40 du CASF. Les livrets d'accueil transmis précisent que l'assurance responsabilité civile de l'établissement couvre les résidents lorsque ceux-ci sont présents dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque ceux-ci sont encadrés par le personnel salarié ou bénévole. Il est vivement recommandé aux familles ou aux représentants légaux de souscrire une assurance responsabilité civile couvrant le résident pour tous les retours en famille ou quand ce dernier n'est pas accompagné par l'établissement.
2.4.4	L'aide à la prévention des chutes	Des systèmes d'aide à la prévention des chutes sont disponibles dans les espaces de circulation du FAM allée Eugénie. <u>Déclaration des chutes</u> Une « procédure de gestion en cas de chute et de prévention des chutes » (Réf. : n° version non précisé, élaborée par le médecin et le chargé de qualité, validée par le médecin) s'adresse à tous les professionnels de l'EAM. Cette conduite à tenir en cas de chute précise les premiers gestes à prodiguer au résident chuteur, ainsi que les éléments à recueillir pour apprécier la nécessité d'une intervention médicale. Cette conduite à tenir indique l'intérêt de la déclaration de cette chute en tant qu'évènement indésirable. Pour ce faire il existe des fiches de liaison d'urgence disposées dans chaque placard à pharmacie des cinq groupes de vie. Il ressort des entretiens menés qu'aucune chute n'est survenue au sein de l'EAM depuis son ouverture, mais que lorsque cela se produirait, il est prévu de déclarer l'évènement au moyen du logiciel Ageval™ et de traiter en commission mensuelle la fiche EI. Les professionnels sont désormais sensibilisés par l'accompagnant médical.
2.4.5	La prévention des fugues/ sorties à l'insu	Il existe 2 entrées dans le FAM allée Eugénie : - Une entrée RDC bas privilégiée par les personnels et les prestataires. L'entrée est visionnée par un système de caméra et l'ouverture de la porte est actionnée par la secrétaire en semaine. Un registre des entrées et sorties des personnes extérieures au FAM est tenu. - L'entrée des familles s'effectue au RDJ notamment les week-ends. Il s'agit d'une entrée commune avec l'autre FAM présent dans le bâtiment. Un personnel se déplace pour ouvrir la porte. Les portes de sorties vers l'extérieur sont sécurisées. Il a été indiqué à la mission que l'accès à la terrasse s'effectue en présence d'un professionnel. Les personnels disposent de badges d'accès aux ascenseurs et commandent l'ouverture des portes extérieures Lorsqu'ils sortent du foyer, les résidents portent un tour du cou avec une carte à en tête d'autisme en Ile de France mentionnant leur identité, l'adresse du FAM et les numéros de téléphone à contacter. L'établissement a indiqué à la mission au cours de l'inspection lui faire parvenir la procédure de déclaration de fugue, mais celle-ci n'a pas été transmise.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 16 : L'établissement ne s'est pas doté d'une procédure anti-fugue, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF. ⁴⁰
2.4.6	<u>PV de la commission de sécurité incendie</u>	La dernière visite de la commission de sécurité a eu lieu le 7 décembre 2023. La visite a porté sur l'ensemble des étages du bâtiment situé 5- 11 allée Eugénie qui, outre le FAM Simone Veil, comprend 2 autres FAM et un IME. Le rapport conclut à un avis favorable à la poursuite de l'exploitation de l'établissement, et demande la réalisation de 8 mesures de sécurité. L'établissement a indiqué à la mission que ces mesures sont réalisées, mais la mission n'en a pas eu la preuve.
		Remarque 12 : Les mesures demandées par la commission de sécurité lors de son passage le 07/12/2023 n'ont pas été levées.
2.4.7	<u>Les appels malades</u>	L'établissement n'est pas équipé d'appel malade. Au FAM « village » allée Eugénie, le protocole d'intervention des veilleurs de nuit précise qu'ils doivent effectuer 3 rondes à 01H00, 04H00, et une ronde sanitaire à 06H00 (accompagnement des résidents en ayant besoin aux toilettes). Il a été indiqué à la mission que les résidents souffrant d'épilepsie disposent d'un détecteur de crise d'épilepsie nocturne sur leur matelas. Les personnels de nuit sont équipés de bippers permettant de détecter les crises d'épilepsie. L'établissement a transmis le mode d'emploi de la société fournissant le dispositif. Concernant les résidents épileptiques, il est prévu une ronde supplémentaire, en complément du dispositif des bippers et matelas détecteurs de crise.

⁴⁰ Article L311-3Version en vigueur depuis le 10 avril 2024 Modifié par LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 - art. 11L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;

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

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport d'inspection n°2025 IDF 00006

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1.2	Les relations avec la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH)	Les mouvements d'admissions et de sorties dans l'établissement sont renseignés dans l'outil numérique national « via trajectoire », service public, qui propose une aide dans la gestion du parcours individualisé dans le domaine de la santé.
3.1.3	Les relations avec la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)	Les motifs d'accord ou refus d'admission sont renseignés par l'équipe de direction et transmis à la CDAPH. Il a été précisé à la Mission que les professionnels de la CDAPH peuvent se rapprocher de la professionnelle en charge des admissions pour s'informer des suites données aux demandes voire soutenir certains dossiers en fonction de l'urgence ou de la complexité de la situation familiale et/ou sociale.
3.1.4	L'étude des dossiers d'admission	Les 2 canaux de transmissions des demandes d'admission sont, d'une part, VIA TRAJECTOIRE et d'autre part les services et les familles. Les dossiers ont nécessairement fait l'objet d'une demande d'orientation auprès de la MDPH. Compte tenu du faible taux de rotation des résidents, d'une moyenne d'âge de 29 ans, les vacances de places sont rares au sein de l'EAM. Au moment de l'inspection, 2 admissions étaient en cours : une à l'EAM et la seconde à l'EAM Hors les Murs. Le projet d'établissement prévoit la réalisation de 4 entretiens de préadmission des adultes avec leurs parents auxquels participe le médecin psychiatre. Il est précisé que les demandes sont instruites par le directeur de l'établissement chargé de s'assurer de l'adéquation entre le profil, les besoins de la personne et l'agrément de l'établissement. Il a été indiqué à la Mission que la procédure d'admission a été réécrite il y a quelques mois par la CESF à la demande de la direction et validée. Cette procédure a été présentée à l'oral à la Mission d'inspection qui n'a pas eu accès au document écrit. Les critères prioritaires définis par la direction pour une admission sont : - La proximité géographique, - La durée d'attente, - Le niveau du handicap de la personne, - Si la situation fait l'objet d'une alerte de la part de la MDPH. Dans le cadre des admissions en cours, sur l'ensemble des demandes, 2 ont été retenues en tenant compte des critères précités. Des entretiens, il ressort que la psychologue rencontre les personnes et leurs familles. Elle leur présente le projet d'établissement, observe le postulant, prend contact avec l'établissement dont relève le jeune pour faire le point sur sa situation. Elle est destinataire de toutes les évaluations. Dans le processus, il est prévu une visite à domicile qui n'était pas encore réalisée au moment de l'inspection. En l'absence de directeur et de médecin, la commission d'admission est composée actuellement de la directrice adjointe, la cheffe de service, la psychologue, une coordinatrice et de la CESF. Les membres de la commission étudient le dossier, évaluent le degré d'autonomie, l'importance des troubles à mettre en lien avec la composition des groupes. Ils s'appuient sur le dernier projet et les synthèses éducatives communiqués.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1.4	<u>Les cas complexes</u>	Des entretiens, il ressort que la direction a fait le choix de ne pas acter de sortie définitive au motif de problèmes de comportement. La direction dit proposer un accompagnement resserré et l'équipe de l'EAM s'appuie sur l'unité mobile interdépartementale (UMI) chargée d'étudier les situations complexes en lien avec les partenaires ressources et les services hospitaliers et professionnels spécialisés en charge du résident.
3.1.5	<u>L'admission</u>	Une visite de préadmission est prévue pour le candidat, ses parents, le tuteur/curateur ou mandataire judiciaire en charge de la mesure de protection juridique. Selon le projet d'établissement du FAM communiqué, à la suite des rencontres et après réflexion des familles, la procédure d'admission se concrétise par la décision finale du Directeur, éventuellement aidé par une commission d'admission organisée avec l'organe gestionnaire. Dans le cadre de la nouvelle procédure d'admission, il a été précisé à la Mission d'inspection que les commissions d'admission sont organisées 1 fois par trimestre et autant que de besoin pour examiner les demandes sur liste d'attente. Actuellement, en l'absence de directeur et de médecin, la décision est prise collégialement par la directrice adjointe, la psychologue et la cheffe de service qui s'appuient sur les échanges des membres de la commission. Il ressort de la consultation de l'échantillonnage des dossiers des personnes accueillies que le contrat de séjour est signé du directeur, du représentant légal du résident ou de ses parents. Il a été indiqué à la Mission d'inspection une période d'essai de 15 jours qui n'avait pas encore mise en œuvre le jour de l'inspection. Aucun des documents communiqués ne fait état de l'organisation de ce séjour d'observation. Selon les entretiens réalisés, les nouvelles admissions sont l'occasion de réajuster les groupes pour les équilibrer.
		Remarque 13 : Il est évoqué la réalisation d'une période d'essai de 15 jours dans le processus d'admission qui n'est pas mentionné dans le projet d'établissement.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1.6	<u>Le contrat de séjour/ ou Document individuel de prise en charge (DIPC)</u>	Selon le projet d'établissement actuel, le contrat de séjour est signé par le résident et/ou la personne en charge de la mesure de protection et est élaboré par la direction et son équipe. Le livret d'accueil du FAM précise qu'une fois les informations de décision (admission ou refus) transmises par l'établissement à la MDPH en vue d'une décision d'orientation, le contrat de séjour est alors établi entre l'établissement, le résident, sa famille ou personne en charge d'une mesure de protection juridique. Les dossiers des résidents consultés contenaient tous un contrat de séjour signé à l'admission par le directeur, les parents, la personne en charge de la mesure de protection juridique et plus rarement par la personne prise en charge.

3.1.7	<u>Le livret d'accueil</u> 4 livrets d'accueil ont été transmis à la Mission d'inspection pour chacune des 4 structures : le FAM Simone VEIL, le FH diffus, le CAJM et le FAM hors les murs. - « FAM Simone Veil » Le livret d'accueil « FAM Simone Veil » transmis présente l'organisme gestionnaire, le profil des personnes accueillies, les modalités d'admission. Il décline le projet d'établissement, reprend le projet institutionnel, le projet d'accompagnement individualisé et la communication avec les résidents et les familles reposant à la fois sur l'information et la concertation et présente l'équipe pluridisciplinaire. Le point « Divers » traite des questions d'assurances notamment de responsabilité civile pour le résident hors établissement et le traitement informatique des données et recours. La charte européenne pour les droits des personnes autistes conclut le document. La table des matières ne correspond pas au plan décliné dans le corps du document, par exemple le 3.1 projet institutionnel devient 1.3 et ainsi de suite dans le document. - Foyer hors les murs, CAJM et Foyer hébergement diffus Chaque structure a son propre livret d'accueil qui présente le CAJM, le FAM et le foyer hébergement (FH)) diffus. Il précise la localisation et les moyens de transports pour s'y rendre. Un organigramme est intégré qui n'est pas à jour. Les professionnels de direction constituant l'équipe administrative et le pôle médical, paramédical et psychologue ne sont plus en exercice. A la charte européenne pour les droits des personnes autistes, est jointe la charte droits et libertés de la personne accueillie. Le livret d'accueil du CAJM décline la journée type de résident. À contrario du livret d'accueil du FAM, les livrets du CAJM, du FAM hors les murs et du foyer diffus s'adressent en préambule aux résidents à leurs familles ou représentants et évoquent le livret d'accueil, la charte droits et libertés de la personne accueillie, la charte européenne pour les droits des personnes autistes, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement et le projet d'accompagnement individualisé. La date de la mise à jour des documents n'est pas mentionnée. La présentation des livrets d'accueil des différentes structures n'est pas harmonisée. Certains des livrets ne précisent pas ou en partie les éléments ci-après : - Le site de l'établissement, - Les noms du directeur ou des responsables des sites, du président du CA ou de l'instance délibérante de l'organisme gestionnaire, - Les conditions de facturations des prestations, - Le règlement des frais afférents au séjour et au transport, - Les garanties souscrites par l'établissement en matière d'assurance, - La liste des personnes qualifiées, les modalités de leur saisine, les numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique,
--------------	--

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- La forme de participation des personnes accueillies et de leurs familles ou représentants légaux. Remarque 14 : La présentation des livrets d'accueil de chacune des structure constituant l'EAM Simone Veil n'est pas harmonisée et les informations contenues dans les livrets d'accueil ne sont pas actualisées. Écart 17 : Le livret d'accueil « FAM Simone Veil » ne contient pas les mentions obligatoires prévues dans la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004.⁴¹ Il ressort que les très graves problèmes de comportement ou les fugues constituent des motifs de refus aux demandes d'admission. Il a été dit à la Mission d'inspection qu'une liste d'attente est constituée depuis quelques mois, gérée par la CESF. À ce jour, toutes les demandes d'admission ont fait l'objet d'une réponse. Les familles, les professionnels ayant formulé des demandes d'admission sont informés soit par téléphone, mel ou courrier des décisions prises (accord, liste d'attente, refus). Le projet d'établissement actuel et livret d'accueil du FAM Simone Veil font mention d'une information à la MDPH des suites réservées aux demandes et aux décisions prises d'admission et de refus motivées. Il n'est pas précisé que cette information est réalisée dans un délai de 15 jours après communication de la décision à la personne ou à son représentant dans les documents et ce point n'a pas été évoqué lors des entretiens. Écart 18 : L'absence d'information à la MDPH des suites données aux orientations de la CDAPH (décision d'admission ou de refus) dans un délai de 15 jours contrevient à l'article R146-36 du CASF.⁴² Remarque 15 : Les modes de réponse aux familles et services demandeurs ne sont pas harmonisés.
3.1.8	<u>La gestion des non-admission</u>	

⁴¹ Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004. : « Ce livret comporte les documents que cite l'article L. 311-4 : la charte des droits et libertés des personnes accueillies et le règlement de fonctionnement. Les établissements ou services et lieux de vie et d'accueil adaptent le contenu, la forme et les modalités de communication du livret d'accueil en tenant compte, notamment, de leur organisation générale, de leur accessibilité et de la nature de leur activité sociale ou médico-sociale ainsi que de la catégorie de personnes prises en charge. »

⁴² Article R146-36Version en vigueur depuis le 16 mai 2007Les établissements et services désignés par la commission des droits et de l'autonomie en application du 2° de l'article L. 241-6 informent la maison départementale des personnes handicapées dont relève cette commission de la suite réservée aux désignations opérées par ladite commission. La transmission de cette information intervient dans le délai de quinze jours à compter de la date de réponse de l'établissement ou du service à la personne handicapée ou à son représentant. L'établissement ou le service doit également signaler à cette occasion la capacité d'accueil éventuellement disponible ainsi que le nombre de personnes en attente d'admission. Les données ainsi recueillies font l'objet d'un traitement selon les modalités définies par les dispositions des articles R. 146-38 à R. 146-48 et par le décret prévu par l'article L. 247-2.

3.2. Les Projets d'accompagnement individualisés

3.2.1	<u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u>	Selon le projet d'établissement, le projet d'accompagnement individualisé (P.A.I.), est réalisé dans un délai de 6 mois après l'admission et établi pour une année, mais peut être révisé autant que de besoin. Formalisé par écrit, le PAI est remis aux parents/tuteurs pour signature valant accord. Il constitue un avenant au contrat de séjour. Le PAI est établi avec l'adulte concerné, la famille et/ou son représentant légal. Les attentes de la famille et du résident sont incluses dans l'évaluation réalisée au préalable par la psychologue. Discuté en réunion d'équipe pluridisciplinaire, le PAI est ensuite soumis à l'approbation et à la signature du résident s'il en a les compétences, de la famille et/ou du représentant légal. Les éducateurs référents des groupes ont la responsabilité de coordonner les PAI, de mettre en œuvre le programme élaboré pour chaque résident, sous le contrôle de la psychologue et du Directeur de l'établissement. Un fiche « procédure du projet personnalisé » à en tête de l'organisme gestionnaire, non datée, reprend les différentes étapes de la démarche de co-construction entre le résident, ses « tuteurs/aidants » et l'établissement : - Évaluation des besoins, - Traduction des besoins dans la grille dédiée et enregistrement dans le dossier unique informatisé, - Évaluation des attentes, - Définition des objectifs et des moyens, - Rédaction et validation du projet personnalisé, - Suivi et réévaluation. Les étapes de cette procédure sont synthétisées dans une fiche « process projet personnalisé » 2024/2025. Les 2 fiches citées plus avant utilisent un terme différent « Projet personnalisé » de celui utilisé dans le projet d'établissement et les livrets d'accueil à savoir « projet d'accompagnement individualisé ». À contrario du projet d'établissement, des livrets d'accueil et de la fiche procédure, la fiche process « Projet personnalisé » ne mentionne pas la participation du résident à l'élaboration de son PAI ni qu'il est amené à le signer s'il en a la capacité. Le FAM dans les murs allée Eugénie a eu recours à un cabinet extérieur fin 2024 pour réaliser les évaluations de 28 résidents, selon le document communiqué, pour « repérer ce qui est émergeant sur les acquis et ce qui reste à acquérir ». En complément, l'équipe remplit une grille d'évaluation des objectifs et recueille les souhaits des familles. La psychologue du FAM dans les murs, la cheffe de service, une coordinatrice et les « éducateurs » référents ainsi qu'un aide-soignant, référent médical, participent à l'élaboration des PAI. Il ressort de la consultation de 8 dossiers des résidents que tous ont un PAI. Il est constaté et confirmé par les familles que le renouvellement des PAI s'est interrompu en 2021. Un parent s'est rapproché de la psychologue pour l'actualisation du PAI de son enfant qui est désormais mis à jour. L'actualisation annuelle des PAI est engagée depuis la fin 2024 et planifiée pour 2025.
-------	---	--

3.2.2	<u>Réunion de synthèse. études de cas</u>	<u>Réunions de groupe</u> Des comptes-rendus de réunions d'équipes ont été transmis pour les 5 groupes du FAM allée Eugénie. Seuls les prénoms des professionnels participant à ces réunions sont précisés. Le recoupement avec le RUP a permis de les identifier ainsi que leurs fonctions : AMP, AES ou faisant fonction d'AES, moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, étudiants, apprentis, aide-soignant, orthophoniste, CESF, psychologue, veilleur de nuit et chef de service. Le nom du professionnel réalisant la prise de note généralement issu de l'équipe est mentionné. L'ordre du jour prévoit systématiquement l'étude des situations individuelles dans chaque groupe. Les questions autour des PAI (présentation processus élaboration et rédaction), du réajustement des plannings des résidents en fonction de leurs rendez-vous ont été abordées lors de certaines réunions et dans certains groupes : - [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Remarque 16 : Selon le projet d'établissement, le rythme des réunions de groupe est hebdomadaire. Les comptes-rendus transmis ne permettent pas à la mission d'inspection de s'assurer du respect de cette fréquence. <u>Réunions intergroupes</u> Sur les 7 comptes-rendus des réunions intergroupes transmis, 4 d'entre eux n'ont pu être consultés (13/11/24, 11/12/24, 22 et 29/01/2025) ne pouvant être ouverts. Les 3 comptes rendus intergroupe des 25/09/2024 (9 participants), du 02/10/24, (7 participants) et du 08/01/2025 (12 présents) ont traité des points suivants : - Vigilance par rapport à la non-distribution des médicaments, - Possible modification des plannings jusqu'à 9h15, - Mise en place d'un atelier argile et les situations de quelques résidents, - Mise en œuvre d'une nouvelle fiche « réglementaire » de traçabilité des médicaments et de l'obligation de renseigner la fiche d'émargement par le professionnel ayant assuré la distribution.
-------	---	--

3.2.3	<u>La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers</u>	Les interventions des professionnels paramédicaux (salarié et professionnel libéral) sont intégrées dans les plannings du FAM, allée Eugénie et celui du CAJM, et ajustées en fonction des rendez-vous pris pour les résidents. En l'absence de médecins généraliste et psychiatre au sein de l'EAM, les consultations ont lieu en externe. Il ressort des entretiens que l'AS organisé les rendez-vous et que les accompagnements sont en grande majorité réalisés par la famille, du fait du manque de personnel. Il a été indiqué à la Mission d'inspection qu'auparavant, les salariés pouvaient accompagner les parents. Les familles s'inquiètent pour l'avenir lorsqu'ils ne pourront plus assurer les accompagnements de leur enfant ou ne seront plus là. L'absence des professionnels médicaux sur site est considérée comme impactant la continuité des soins et génère l'inquiétude des parents. L'absence d'opérationnalité du volet médical du foyer d'aide médicalisé a été également soulignée. Il est espéré que l'arrivée d'un cadre de santé palliera pour organiser les soins, mais il est craint que cela ne suffise pas.
3.2.4	<u>Les médecins traitants</u>	<u>Les médecins traitants</u> Il ressort de la lecture du document affiché dans l'infirmerie, qui regroupe les noms des médecins traitants des résidents accompagnés, qu'un seul résident n'est pas suivi par un médecin traitant. Le document Excel intitulé « Médecins traitants » communiqué par la direction de la structure fait état d'un résident n'ayant pas de médecin traitant parmi vingt-neuf résidents qui y sont consignés. Écart 19 : Un résident n'est pas suivi par un médecin traitant, ce qui nuit à la qualité de sa prise en charge médicale et contrevient aux dispositions de l'article L331-3 (1°) du CASF43.

⁴³ [Article L311-3 \(1°\) du CASF](#) : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

3.2.5	<u>La complétude des dossiers médicaux</u>	<u>La complétude des dossiers médicaux</u> <i>Constitution de l'échantillon de dossiers médicaux à analyser</i> Dix dossiers médicaux ont été analysés avec un double objectif : d'évaluer leur architecture ainsi que leur complétude. Le choix des dossiers des résidents inclus dans l'échantillon d'étude a tenu compte de trois facteurs : - Leur appartenance à une unité de prise en charge. Ainsi deux résidents par unité ont été choisis ; - Leur présence au sein de l'EAM pendant le week-end. Ainsi quatre résidents ne quittant pas l'EAM pendant le week-end ont été inclus dans l'échantillon d'étude ; - La complexité de leur traitement. Cinq résidents ayant un traitement complexe et nécessitant l'administration de « si besoin » en cas de comportement problème ont été inclus dans l'échantillon d'étude. <i>Analyse de la complétude des dossiers médicaux</i> La description de la complétude de ces dix dossiers médicaux a été réalisée selon leur type de support, à savoir : support papier ou numérisé. <u>Dossiers médicaux papier</u> Localisés dans une armoire fermant à clé qui est disposée au sein de l'infirmerie, l'architecture des dossiers médicaux papier se structure autour : - D'un dossier médical proprement dit ; - D'un classeur d'ordonnances ; - D'un classeur par unité de prise en charge regroupant des documents dont certains sont médicaux. <i>Le dossier médical proprement dit</i> Son architecture comporte cinq parties : - Le carnet de santé ; - Les certificats médicaux ; - Les ordonnances ; - Les comptes rendus d'examens médicaux, d'hospitalisation et de consultation ; - Les courriers médicaux. Aucun carnet de santé n'était présent dans les dix dossiers consultés. Le dossier médical de chaque résident comportait tout d'abord les plans d'administration des traitements validés par les éducateurs. Parfois ceux-ci étaient très nombreux, occupant une bonne partie des dossiers médicaux des résidents. L'absence du carnet de santé ne permet pas aux soignants d'avoir accès aux antécédents personnels du résident. Remarque 17 : Les dix dossiers médicaux papier analysés ne comportaient pas les carnets de santé des résidents.
-------	---	---

	Dossiers médicaux « informatisés » Localisés au niveau du SharePoint, l'architecture de ces dix dossiers « informatisés » se structurerait autour de six sous-dossiers, à savoir : - Transmissions soignantes ; - Ordonnances ; - Comptes rendus ; - Résultats examens ; - Autres ; - Archives. Analyse des transmissions soignantes L'analyse du contenu des transmissions soignantes permet de constater que leur saisie dans les dossiers « informatisés » s'effectue notamment lorsqu'un problème de santé ou de comportement est identifié chez un résident. Quelques transmissions soignantes relatives à des actions de prévention (e.g. administration Uvedose) y sont consignées. La fréquence des transmissions renseignées en 2024 varie d'un résident à l'autre. En moyenne sept transmissions soignantes ont été réalisées pour chaque résident cette même année. En 2025 sept résidents n'avaient aucune transmission soignante renseignée sur SharePoint au moment de l'inspection sur site, et trois avaient chacun deux transmissions consignées pour cette même année. Analyse des autres sous-dossiers informatisés Le sous-dossier nommé Autre, qui était complété pour quatre résidents, comportait des observations qui relevaient des transmissions soignantes (e.g. fiche de suivi pour l'administration de la vitamine D, document vierge pour la surveillance de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la saturation). Les autres sous-dossiers, à savoir : - Ordonnances ; - Comptes rendus ; - Résultats examens ; - Archives ; ne contenaient aucune information. Écart 20 : Le contenu des dossiers médicaux « informatisés » se limite à quelques transmissions infirmières, tandis que la plupart de ses sous-dossiers (e.g. ordonnances, comptes rendus, résultats d'examens) sont actuellement vides. Ce contexte de prise en charge nuit à la sécurité du résident ainsi qu'à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF44. Dossiers médicaux papier et « informatisés »
--	---

	Aucune anamnèse ou bilan clinique initial et de suivi annuel n'étaient consignées ni dans le dossier médical papier ni dans le dossier « informatisé » du résident. Écart 21 : L'évaluation médicale à l'admission (i.e. anamnèse, bilan clinique initial, traitement à l'admission, conclusion), les observations de suivi et la synthèse médicale annuelle étaient absentes dans tous les dossiers médicaux analysés, contexte qui nuit à la sécurité ainsi qu'à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF45. Les dossiers de liaison d'urgence (DLU) Lors de l'analyse des dossiers médicaux sur site, les médecins de la mission d'inspection ont constaté que les DLU n'étaient élaborés ni sous format papier ni sous format numérique. Les fiches de liaison médicale et des récapitulatifs des informations médicales, présentes sous format papier et numérique, synthétisent une partie des informations médicales et éducatives dans un seul document pour chaque résident. Il ressort des entretiens que ces fiches sont mises à jour par les infirmiers à chaque fois qu'un évènement de santé important survient chez un résident. Or les membres de la mission ont constaté que les infirmiers exerçant sur site au moment de l'inspection n'avaient pas accès au support numérique de ces fiches (i.e. SharePoint). Ces fiches n'étaient pas organisées selon une trame type, ce qui peut conduire à des oublis de certaines de ses parties lors de leur élaboration. Remarque 18 : Les fiches de liaison et des récapitulatifs des informations médicales informatisées ne sont pas localisés au niveau du SharePoint au même endroit que les dossiers médicaux « informatisés », contexte qui conduit à une dispersion de l'information médicale des résidents accompagnés.
--	---

⁴⁴ Article L311-3 (1°) (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :^{1°} **Le respect de sa dignité**, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, **de sa sécurité** et de son droit à aller et venir librement ;^{3°} **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

⁴⁵ Article L311-3 (1°) (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :^{1°} **Le respect de sa dignité**, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, **de sa sécurité** et de son droit à aller et venir librement ;

^{3°} **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

3.2.7	La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie	Il a évoqué le départ d'un résident en province. L'établissement indique ne pas avoir été associé à ce projet décidé par la mère du résident qui a décliné la proposition d'accompagnement formulée par l'équipe de l'EAM DM.
-------	---	---

3.3. Respect des droits des personnes

3.3.3	Les personnes qualifiées départementales	La liste n'était pas disponible sur site, au jour de l'inspection. Écart 23 : La liste départementale des personnes qualifiées n'est pas à disposition des résidents et des familles, ce qui contrevient aux articles L 311-3, 5 ⁴⁷et L 311-3, 6 du CASF.⁴⁸
3.3.4	La personne de confiance des usagers	Les projets d'établissement, les livrets d'accueil et les dossiers des résidents ne comportent aucune information sur la désignation de la personne de confiance, sachant que, sur 8 dossiers consultés, 7 résidents sont sous mesure de protection juridique pour majeurs. Écart 24 : L'établissement n'a pas développé de dispositif concernant la désignation de la personne de confiance dans un délai de 15 jours ce qui contrevient à l'article D311-0-4 CASF⁴⁹
3.3.5	L'identification des usagers (identitovigilance)	Selon les entretiens menés et les documents analyses, l'identitovigilance se fait au moyen : - Des noms/prénoms et photographies des résidents apposées sur la porte de leur chambre ; - Des photos sur le pilulier et sur les plans d'administration des médicaments.

Article L311-3 (1°) (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne a accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

⁴⁸ Article D311-0-4 Huit jours au moins avant l'entretien mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 311-4, le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui informe la personne accueillie et, le cas échéant, son représentant légal, qu'elle peut désigner une personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1. A cet effet, il lui remet, ainsi que, le cas échéant, à son représentant légal, une notice d'information établie conformément au modèle fixé en annexe 4-10, avec des explications orales adaptées à son degré de compréhension. Il veille à la compréhension de celles-ci par la personne accueillie. La délivrance de l'information sur la personne de confiance est attestée par un document daté et signé par le directeur de l'établissement ou son représentant et la personne accueillie et, le cas échéant, son représentant légal. Une copie du document est remise à ces derniers. La condition du délai de huit jours prévue au premier alinéa cesse de s'appliquer dès lors que la personne accueillie désigne sa personne de confiance. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas :1° Lorsque la personne accueillie a déjà désigné une personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 ; 2° Lorsque l'information relative à la personne de confiance a été délivrée antérieurement dans les conditions précisées au premier alinéa par un établissement ou service mentionné au sixième alinéa de l'article L. 311-4.

3.3.6	<u>Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens</u> <u>Les mesures de protection des biens</u>	Au regard du handicap des personnes admises à l'EAM, ces dernières doivent être représentées et à ce titre faire l'objet de mesure de protection juridique de type : habilitation familiale, curatelle ou tutelle en fonction du constat médical de l'altération de leurs facultés personnelles. Il apparaît à la consultation des dossiers des résidents que 6 sur 8 bénéficient d'une mesure de protection juridique, soit d'une habilitation familiale ou d'une tutelle, exercée par un des parents ou par un mandataire judiciaire. Pour 2 d'entre eux, il n'y avait pas de mesure de protection prise. Une demande d'habilitation familiale a été sollicitée dans les 6 derniers mois et d'autres demandes de protection juridique sont prévues et seront sollicitées. Il n'y a pas de gestion d'argent géré par l'établissement, mais la CESF a indiqué faire le lien avec les familles, les équipes et les résidents pour faire remonter leurs besoins.
-------	---	--

3.4. Vie sociale et relationnelle

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.1	<u>L'accueil du matin en centre de jour</u>	Deux résidents de l'EAM allée Eugénie sont également admis au CAJ et occupent en alternance chaque semaine la même chambre. L'arrivée des résidents au CAJ se situe entre 9h30 et 10h00, ce temps est dédié aux loisirs puis chacun vaque à ses activités en fonction du planning individuel préétabli.
3.4.2	<u>Temps commun pour les usagers</u>	Les personnes prise en charge dans les différentes structures peuvent avoir des temps communs. Les résidents admis au CAJ et certains résidents de l'EAM allée Eugénie, sur décision de l'équipe, déjeunent au réfectoire situé dans le Village Saint Michel en proximité des 2 structures. L'éducateur sportif prend en activité les résidents de l'EAM hors les murs. Les sorties encadrées par l'éducateur inclusion s'adressent aux résidents de l'EAM allée Eugénie, EAM Hors les murs et CAJ.
3.4.3	<u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>	Le projet d'établissement actuel de l'EAM et du CAJM prévoit un accompagnement sur le sujet. Le respect de la liberté de la personne dans ses choix de vie et son droit à la sexualité, sa sécurité sont mis en avant. Il est précisé qu'une vigilance est apportée aux comportements risquant de dégrader la qualité de vie collective ou de perturber le fonctionnement de l'Institution. La question de la contraception à réfléchir avec l'adulte accueillie, sa famille ou son tuteur et l'établissement est également évoquée. Un Atelier sur la vie affective et sexuelle, s'est tenu la semaine précédant l'inspection, animé par un intervenant extérieur en présence des 2 psychologues de l'EAM et du CAJM. Cinq résidents (3 de l'EAM et 2 du CAJM) y ont participé présentant pour certains des comportements sexualisés en public ou repérés comme étant en trop grande proximité des autres.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.4	<u>Suivi gynécologique</u>	Il ressort des entretiens menés que chaque résidente a un médecin gynécologue libéral qui la suit. Selon les documents transmis, il n'y a pas de convention signée avec ces intervenants extérieurs.
3.4.5	<u>Animations avec les familles</u>	Selon le projet d'établissement en cours, les parents ou les tuteurs/curateurs sont destinataires de toutes informations concernant les résidents. Un calendrier des réunions pour 2025 a été communiqué, mentionnant la programmation de réunions des familles les 30/01 et 26/05. Il n'a pas été communiqué de calendrier antérieur ou postérieur à ces dates. Les familles, lors des entretiens ont pointé le manque d'informations concernant les activités de leurs enfants. Sept cafés des parents sont prévus en mars et avril sur chacune des unités de l'EAM Simone Veil. Il est observé que la venue d'une personne extérieure dans l'unité doit être préparée aussi bien pour le résident qui reçoit que pour les autres résidents. A la prévention d'une éventuelle crise, se rajoute la nécessité de respecter l'intimité des autres résidents. Le prochain projet d'établissement prévoit un espace famille, séparé de l'espace personnel des résidents : un lieu neutre au rez-de-chaussée bas dans l'aile administrative.
3.4.6	<u>Organisation de sortie extérieure</u>	Le projet d'établissement du FAM Simone Veil et du CAJM prévoit l'organisation de "transferts". Dans le cadre de l'inspection, il n'a pas été évoqué l'organisation de séjours passés ou à venir. Des activités à vocation culturelle, sportive ou sociale sont organisées à l'extérieur et encadrées par l'éducateur sportif et les professionnels des structures de l'EAM : Philharmonie, Musée, Spectacles, Médiathèque, Piscine, Équithérapie, Tennis, Parcours sportifs, Randonnées, Boxe, Hand-ball, Hockey sur gazon, Trampoline. Les sorties citées ci-dessus ont été évoquées lors des entretiens ou sont planifiées dans les emplois du temps des résidents des FAM dans les murs et hors les murs et du CAJM communiqués ou vus. Elles s'adressent à toutes les personnes admises, comme précisé dans le livret d'accueil du FAM Simone Veil. S'ils le souhaitent, les résidents du foyer d'hébergement peuvent bénéficier des ateliers en s'intégrant aux résidents du FAM. Lors des entretiens, il a été souligné l'engagement du personnel et le succès des activités, sorties culturelles et des activités sportives. Il est souhaité plus de sorties et plus d'activités sportives.

3.5. Vie quotidienne. Hébergement :

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.1	<u>Le transport des usagers</u>	Comme mentionné dans les règlements de fonctionnement des 3 structures, la majorité des résidents retourne dans leurs familles les fins de semaine et 3 semaines de vacances communes (2 semaines l'été et 1 semaine à Noël). Les retours dans les familles, conditionnés à la prise en charge aide sociale. Les trajets sont assurés par les familles, parfois en taxi. Les sorties dans le cadre des activités et les accompagnements pour des soins s'effectuent en commun.
3.4.4	<u>Les modalités de fonctionnement du centre de jour</u>	Au CAJM, les bénéficiaires sont accueillis de 9H30 à 16H 30. Les activités se déroulent de 10h à 12h30 puis de 14H30 à 16h30 en fonction des projets individuels. Le règlement de fonctionnement du CAJM et du FAM hors les murs indique que les repas sont préparés sur place par les résidents et l'équipe, dans un objectif thérapeutique : préparation des menus de la semaine, préparation des repas, dressage de la table, rangement et nettoyage.
3.4.5	<u>Les chambres</u>	Au FAM 5 allée Eugénie, les chambres sont spacieuses, environ 20 m2, claires et agréables, avec du mobilier fonctionnel : lit, chevet, meuble de rangement. Un cabinet de toilette équipé d'une douche de plein pied, d'un lavabo et de WC est attenant. Le nom des résidents et leur photo sont apposés sur chaque porte, ainsi que les consignes propres à chaque résident le cas échéant. Les résidents ont la possibilité de décorer leur chambre.
3.4.6	<u>Les espaces collectifs, unités de vie</u>	Les résidents du FAM allée Eugénie sont répartis en 5 unités de vie : - Géode - Tour Eiffel - Arc de triomphe - Sacré cœur, - Pyramides (6 résidents) Toutes les unités de vie sont organisées sur le même modèle : chambres, individuelles, salle à manger, cuisine, buanderie. En journée de 9h30 à 16h30, hormis pendant le temps des repas et un temps calme après le déjeuner, temps durant lesquels les résidents sont réunis dans leurs unités, ils participent en commun aux activités. Concernant les activités sportives, les résidents du FAM hors les murs ont la possibilité de se rendre au FAM et de fréquenter la salle de sport.
3.4.7	<u>Les sanitaires</u> <u>Les salles de bains</u>	Chaque résident a son propre cabinet de toilettes dans sa chambre, composé d'une douche de plein pied, d'un lavabo et de toilettes accessibles aux PMR. Le sol est anti-dérapant. Il y a également des sanitaires dans les circulations et des sanitaires réservés au personnel, en nombre suffisant.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.8	<u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u> <u>Les régimes</u>	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes À l'admission : Il ressort des documents transmis et des entretiens menés que l'admission des résidents a eu lieu en 2017 hormis pour l'un d'entre eux admis en janvier 2018. Aucun des dix dossiers médicaux consultés ne comporte une observation médicale à l'admission du résident. Il n'est pas possible de savoir si la détection d'un trouble de la déglutition a été réalisée lors de l'admission des résidents au sein de l'EAM. Tout au long du suivi : Il ressort des entretiens menés que les troubles de la déglutition sont recherchés par les professionnels de l'EAM au jour le jour. Ceux-ci connaissent les signes pathognomoniques d'une fausse route. Les professionnels interviewés ne peuvent pas préciser en revanche si un protocole de dépistage et de prise en charge des troubles de la déglutition est établi et disponible pour les professionnels de l'EAM. Les entretiens menés précisent que des actions de sensibilisation/formation à la détection des troubles de la déglutition et à la prise en charge des fausses routes n'ont pas été réalisées récemment au sein de la structure. Remarque 19 : Les professionnels de l'EAM n'ont pas bénéficié récemment d'une sensibilisation à la détection des troubles de la déglutition et d'une formation à la conduite à tenir en cas de fausse route. Protocole relatif à la conduite à tenir en cas de fausse route Un protocole relatif aux conduites à tenir en cas d'urgences nommé « Protocoles en situation d'urgence & Conduites à tenir quand les infirmiers sont absents », mis à jour le 9 décembre 2020, comporte parmi d'autres conduites à tenir celle relative à la survenue d'une fausse route. Celle-ci distingue la prise en charge urgente des obstructions totales des voies aériennes par rapport à la conduite à tenir en cas d'obstruction partielle. Les étapes de prise en charge d'une obstruction totale des voies aériennes y sont succinctement décrites, ainsi que les critères d'efficacité de manœuvres appliquées. Cette conduite à tenir est méconnue par les professionnels interviewés. Remarque 20 : Le protocole nommé « Protocoles en situation d'urgence & Conduites à tenir quand les infirmiers sont absents », comportant par ailleurs la conduite à tenir en cas de fausse route, n'est pas connu par les professionnels interviewés. La remarque 28 est issue de l'annexe 1. Remarque 21 : Les prescriptions de régimes ne sont pas retrouvées dans les dossiers médicaux des résidents
3.4.9	<u>Les repas</u>	Au FAM 5 allée Eugénie, la restauration est déléguée à un prestataire extérieur. Les repas sont livrés via la cuisine centrale de l'îlot St Michel. Les chariots chauds et froids sont montés dans les cuisines /salon des unités de vie. Les horaires des repas sont les suivants : - A partir de 8h00 pour le petit-déjeuner, - 12h30, pour le déjeuner, - 19h00/15 pour le dîner.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Tous les résidents de l'EAM, prennent les petits déjeuners et dîners dans les espaces cuisine /salon de chaque unité de vie. Les résidents les moins autonomes y prennent également les déjeuners. Les AES assurent la distribution des plats et veillent à la prise de repas. Les résidents les plus autonomes du FAM et certains résidents du CAJM déjeunent au réfectoire situé à l'extérieur du foyer. Le jour de l'inspection, 24 résidents déjeunaient au réfectoire. À chaque table composée de 4 résidents, un éducateur/éducatrice déjeune avec les résidents et veille au bon déroulement du repas. Le repas est organisé sous forme de self et un résident du CAJM sert les plats. Les résidents vont chercher chaque plat (entrée, plat, dessert), après avoir fini le précédent. Au CAJM, afin de renforcer l'autonomie, les résidents préparent leurs repas et participent au dressage et débarrassage des tables, ainsi qu'au rangement et nettoyage.
3.4.10	<u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u>	<u>Enquête de satisfaction relative à la nutrition des résidents :</u> Les professionnels interviewés ne peuvent pas préciser si une enquête de satisfaction relative à la restauration a été réalisée récemment. <u>Suivi de l'état nutritionnel des résidents</u> Il ressort des entretiens menés que le protocole relatif au suivi nutritionnel des résidents n'est pas encore établi. Une IDE l'élabore actuellement. Ce protocole ne sera pas validé par un médecin. Remarque 22 : Le protocole du suivi nutritionnel des résidents n'est pas établi. Selon les entretiens menés la mesure du poids des résidents est mensuelle. Celle-ci est réalisée au moyen d'une balance électronique, qui est très sensible aux mouvements de la personne à peser, et par conséquent inadaptée pour la mesure du poids de certains résidents. Une demande de balance assise a été faite par les soignants auprès de la direction de l'EAM. Remarque 23 : L'équipement utilisé actuellement pour la mesure mensuelle du poids n'est pas adapté au profil de certains résidents accompagnés au sein de l'EAM. L'accompagnant médical et les infirmiers mesurent les poids des résidents et dressent le tableau de leur suivi pondéral. Un document relatif au suivi de l'état nutritionnel des résidents, qui a été communiqué à la mission d'inspection, regroupe plusieurs informations, dont : - La date de naissance et l'âge des résidents ; - Les valeurs de poids relevés mensuellement ; - La valeur du poids moyen par an ; - La valeur de l'IMC.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires												
		Après la lecture de ce document, qui porte sur le suivi nutritionnel réalisé en 2024, les poids ont été mesurés pour tous les résidents sur six mois, à savoir : février, mars, juin, octobre, novembre, décembre. Écart 25 : En 2024, le suivi de l'état nutritionnel des résidents accompagnés n'est pas mensuel, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (3°) du CASF⁵⁰. Pour les résidents nécessitant une prise en charge diététique, des rendez-vous de consultation diététique sont pris actuellement par l'accompagnant médical auprès de diététiciens libéraux. Il est également prévu qu'une infirmière nutritionniste libérale vienne prochainement au sein de la structure pour réaliser des tests à la recherche d'un diabète. <u>Analyse de l'état nutritionnel des tous les résidents accompagnés sur l'année 2024 :</u> À partir du document relatif au suivi de l'état nutritionnel des résidents, une analyse de la répartition des valeurs d'IMC selon leur statut nutritionnel a été réalisée. Le tableau regroupe les résidents selon leur statut nutritionnel. Tableau A : Répartition des résidents selon leur statut nutritionnel <table><tr><th>Type de statut nutritionnel</th><th>Nombre de résidents</th></tr><tr><td>Dénutris (IMC < 20 kg/m²)</td><td>■</td></tr><tr><td>Normo pondéraux (20 kg/m² < IMC < 25 kg/m²)</td><td>■</td></tr><tr><td>Surpoids (25 kg/m² < IMC < 30 kg/m²)</td><td>■</td></tr><tr><td>Obésité (IMC < 30 kg/m²)</td><td>■</td></tr><tr><td>Total</td><td>■</td></tr></table> Lors des entretiens menés, les soignants interviewés ont indiqué qu'un seul résident était dénutri au moment de l'inspection sur site. En revanche, l'analyse des données communiquées, qui sont relatives à l'IMC, identifie sept résidents dénutris dont quatre sévèrement dénutris. Pour l'année 2024 le calcul de la valeur moyenne du nombre de mois pendant lesquels une mesure de poids a été réalisé chez les résidents de l'EAM conduit au résultat de 4,7 fois. L'estimation de cette valeur moyenne dans le sous-groupe de résidents dénutris conduit au résultat de 4,6 fois.	Type de statut nutritionnel	Nombre de résidents	Dénutris (IMC < 20 kg/m²)	■	Normo pondéraux (20 kg/m² < IMC < 25 kg/m²)	■	Surpoids (25 kg/m² < IMC < 30 kg/m²)	■	Obésité (IMC < 30 kg/m²)	■	Total	■
Type de statut nutritionnel	Nombre de résidents													
Dénutris (IMC < 20 kg/m²)	■													
Normo pondéraux (20 kg/m² < IMC < 25 kg/m²)	■													
Surpoids (25 kg/m² < IMC < 30 kg/m²)	■													
Obésité (IMC < 30 kg/m²)	■													
Total	■													

⁵⁰ Article L 311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.12	<u>Le circuit du linge</u>	Des locaux équipés de machines à laver sont présents à chaque étage afin de permettre aux résidents les plus autonomes d'effectuer le nettoyage de leur linge personnel. Le nettoyage des draps, des serviettes est réalisé par une entreprise extérieure. Le nettoyage du linge des résidents est assuré par un pressing extérieur, qui utilise la buanderie située au RDC bas. Lors de la visite de celle-ci, la mission constate que le linge propre et le linge sale sont mélangés dans le même local. Le circuit propre/ sale n'est pas respecté, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPB) de la haute autorité de santé (HAS).
Remarque 24 : Le circuit du linge n'est pas respecté au regard des RBPP de la haute autorité de santé (HAS)		

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

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.5.1	<u>Effectifs des professionnels affectés à l'éducation, la réadaptation</u>	Le jour de l'inspection, les emplois prévus à l'éducation et à la réadaptation pourvus, tout type de contrat confondu (CDD, CDI) sur l'ensemble des structures se répartissent ainsi : - 2 cheffes de service : 1 Chef de service + 1 chef de service extension - 2 ES coordinateur dont 1 Faisant fonction (FF) - 8 ES dont 1 en CDD, - 8 AES dont 5 FF et 1 en CDD - 9 AMP dont 4 FF, - 8 ME dont 3 FF et 1 en CDD, - 1 orthophoniste - 3 psychologues, - 1 Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) - 4 maîtresses de maison - 1 Educateur sportif 1 - 4 apprentis (3 ES, 1 AES). Les postes vacants à pourvoir dans les champs de l'éducation et de la réadaptation sont détaillés au chapitre 2.1.1.

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.5.2	<u>Les modalités de prise en charge éducatives</u>	Les prises en charge des personnes relèvent des professionnels des équipes médicale, paramédicale et socioéducative. Les activités fonctionnelles du quotidien, les sorties culturelles et artistiques, les activités organisées dans chaque structure et inter structures de l'EAM favorisent la socialisation, l'entretien des acquis et le développement de nouvelles compétences. Le développement des apprentissages se fait également au travers d'activités fonctionnelles adaptées à chacun dans ou hors la structure d'accueil, d'activités à visée professionnalisante, de stages.
3.5.4	<u>L'éducation à l'intégration en milieu ordinaire, adapté ou protégé</u>	Les projets d'établissements du FAM dans et hors les murs et du CAJM prévoient des échanges voire des partenariats avec d'autres établissements ou associations du Village Saint-Michel. Certains résidents, dans le cadre d'ateliers préprofessionnels, participent aux travaux de cuisine : distribution des repas, vaisselle au réfectoire et à la cafétéria avec le prestataire en charge de la restauration. Ils participent à la préparation et à la distribution des goûters aux structures du village. À l'Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne (AMAP), ils sont chargés de la réception des légumes, de la préparation des paniers et de leur distribution. Il ressort des entretiens réalisés que les parents souhaitent plus d'apprentissages dans le domaine préprofessionnel.
3.5.5	<u>Articulation des équipes éducatives et pédagogiques et de soins</u>	Des temps d'échanges avec des services spécialisés sont prévus notamment pour les situations dites complexes présentant souvent des problématiques d'hétéro-agressivité et des passages à l'acte violents. En l'absence de médecin et médecin psychiatre, la cheffe de service éducative assure l'interface avec les médecins référents (psychiatre, neurologue) des résidents, l'UMI voire avec les services hospitaliers.
3.5.6	<u>L'organisation des activités éducatives</u>	Il a été précisé à la Mission que les plannings d'activités des résidents sont renseignés à partir des objectifs du PAI définis pour chacun d'entre eux à partir des compétences repérées. Les PAI ne sont pas renouvelés depuis 3 ans. Il ressort des entretiens qu'il est difficile d'apprécier l'accompagnement proposé aux résidents en l'absence d'actualisation des PAI. L'emploi du temps des résidents du FAM dans les murs, allée Eugénie, est établi journalièrement et actualisé fréquemment en fonction des événements de la journée (état du résident, programmation des rendez-vous médicaux/paramédicaux à l'extérieur, l'absence imprévue de personnel ...). Au CAJM, le planning journalier prévoit face à chaque activité animée par un professionnel, le ou les noms des personnes admises qui y participeront.
3.5.7	<u>Le développement des potentiels des usagers</u>	Les emplois du temps de l'EAM dans les murs et du CAJM vus et communiqués prévoient des espaces d'apprentissages individuels et collectifs au travers des activités culturelles, arts plastiques, activités sportives et interactions sociales. Les activités ont vocation à contribuer au maintien et au développement de l'autonomie, favoriser l'inclusion sociale, améliorer la réceptivité sensorielle et développer les compétences dans le champ du travail.

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires															
Les plannings précisent l'inscription des personnes prises en charge aux différentes activités individuelles, collectives dans les structures et en externe, et le prénom de l'animateur de l'atelier. Le tableau ci-après recense les activités indiquées dans les emplois du temps des 2 structures :																	
<table><tr><th>Selon les plannings</th><th>Activités individuelles</th><th>Activités collectives</th><th>Activités collectives à l'extérieur</th><th>Atelier préprofessionnel</th></tr><tr><td>EAM dans les murs Jour de l'inspection</td><td>RDV ostéopathe + soins du corps Sport individuel</td><td>Balnéothérapie + soins du corps, Relaxation, peinture/arts plastiques, loisirs, théâtre (CAJM) rangement /ménage réfectoire, sport, musique, pâtisserie, chant.</td><td>Hockey sur gazon, Randonnée, Atelier budget, « Bouge et partage » centre sportif Elisabeth, Spectacle à la villette.</td><td>Préparation des plateaux à la « cafet » Too good to go préparation, vaisselle réfectoire, ménage achat pain, mise de table,</td></tr><tr><td>CAJM Planning hebdomadaire</td><td>RDV avec l'éducatrice et la personne admise, cuisine, mise de table, achat de pain, RDV orthophoniste,</td><td>Cuisine, piscine, atelier linge, soin du corps, connaissance du corps, sortie culturelle, arts plastiques parcours sportifs, balnéothérapie, trotinette, musique, relaxation, conte, bricolage, sport, théâtre/musique, choix menus/ courses, atelier hygiène, poterie, pâtisserie.</td><td>Médiathèque, randonnée, sport, tennis</td><td></td></tr></table>			Selon les plannings	Activités individuelles	Activités collectives	Activités collectives à l'extérieur	Atelier préprofessionnel	EAM dans les murs Jour de l'inspection	RDV ostéopathe + soins du corps Sport individuel	Balnéothérapie + soins du corps, Relaxation, peinture/arts plastiques, loisirs, théâtre (CAJM) rangement /ménage réfectoire, sport, musique, pâtisserie, chant.	Hockey sur gazon, Randonnée, Atelier budget, « Bouge et partage » centre sportif Elisabeth, Spectacle à la villette.	Préparation des plateaux à la « cafet » Too good to go préparation, vaisselle réfectoire, ménage achat pain, mise de table,	CAJM Planning hebdomadaire	RDV avec l'éducatrice et la personne admise, cuisine, mise de table, achat de pain, RDV orthophoniste,	Cuisine, piscine, atelier linge, soin du corps, connaissance du corps, sortie culturelle, arts plastiques parcours sportifs, balnéothérapie, trotinette, musique, relaxation, conte, bricolage, sport, théâtre/musique, choix menus/ courses, atelier hygiène, poterie, pâtisserie.	Médiathèque, randonnée, sport, tennis	
Selon les plannings	Activités individuelles	Activités collectives	Activités collectives à l'extérieur	Atelier préprofessionnel													
EAM dans les murs Jour de l'inspection	RDV ostéopathe + soins du corps Sport individuel	Balnéothérapie + soins du corps, Relaxation, peinture/arts plastiques, loisirs, théâtre (CAJM) rangement /ménage réfectoire, sport, musique, pâtisserie, chant.	Hockey sur gazon, Randonnée, Atelier budget, « Bouge et partage » centre sportif Elisabeth, Spectacle à la villette.	Préparation des plateaux à la « cafet » Too good to go préparation, vaisselle réfectoire, ménage achat pain, mise de table,													
CAJM Planning hebdomadaire	RDV avec l'éducatrice et la personne admise, cuisine, mise de table, achat de pain, RDV orthophoniste,	Cuisine, piscine, atelier linge, soin du corps, connaissance du corps, sortie culturelle, arts plastiques parcours sportifs, balnéothérapie, trotinette, musique, relaxation, conte, bricolage, sport, théâtre/musique, choix menus/ courses, atelier hygiène, poterie, pâtisserie.	Médiathèque, randonnée, sport, tennis														
Au sein des groupes, sont planifiées les tâches de la vie quotidienne : vider le lave-vaisselle, dresser la table, chercher les chariots, essuyer la table, vider la poubelle. Chaque jour, un résident du groupe est chargé de la réalisation d'une des tâches précitées. L'éducateur inclusion encadre des sorties à destination des résidents des FAM dans et hors les murs et du CAJM. Il anime également l'atelier théâtre. Deux salles équipées sont dédiées aux activités encadrées par un éducateur sportif. Lors des entretiens avec les familles, Il a été souligné que les activités relèvent trop d'activités occupationnelles. Il est attendu que l'autonomie, le développement des résidents fassent l'objet de temps d'apprentissages individuels plus importants réalisés par des professionnels en charge de la réadaptation et de la rééducation plutôt que par les professionnels du champ de l'éducatif.																	

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Lors des entretiens, il a été évoqué le turn-over du personnel ou son absentéisme et les conséquences péjoratives sur la prise en charge des résidents et aussi sur les équipes. La difficulté à maintenir l'existant avec moins de 50% de salariés titulaires a été soulignée. Il a été évoqué un manque de communication avec l'équipe éducative qui conduit certaines familles à s'interroger sur l'effectivité des animations suivies par les résidents. Le renouvellement de plusieurs CDD longs ces derniers mois a permis de stabiliser l'équipe éducative.
3.5.8	<u>Salle de retrait, répit ou d'apaisement</u>	Le FAM allée Eugénie dispose d'une salle d'apaisement dite « salle zen ». La fiche « procédure éthique et d'utilisation de la salle d'apaisement » à en tête de l'organisme du siège de l'organisme gestionnaire, datée du 12/02/2025, rédigée et validée par la directrice générale est destinée à l'ensemble des professionnels. La prescription de cet espace sécurisé a pour objet de prévenir ou apaiser une crise. Cette fiche vise à une mise en conformité avec les recommandations de l'ANESM et décline : - Les principes éthiques d'utilisation, - Les conditions d'accès (les critères d'accès et les conditions d'accès), inscrit dans le PIA ou PP du résident, validée par l'équipe pluridisciplinaire et signée par le médecin et la direction, - Les modalités d'utilisation (procédure d'entrée dans la salle, surveillance et durée de présence, sortie de la salle et suivi et installation d'un dispositif de suivi par caméra), il est évoqué la possible installation d'une caméra intérieure dans la salle. Cette installation doit faire l'objet de l'avis du CVS, - L'évaluation et amélioration continue (analyse trimestrielle en équipe pluridisciplinaire et concertation avec les familles et personnes en charge des mesures de protection juridique), - la traçabilité dans le dossier informatisé unique de la personne et de l'analyse d'événement indésirable et des formations du personnel. Comme évoqué dans le chapitre 3.2.1 consacré à l'élaboration et au suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA), la Mission d'inspection recommande d'utiliser un seul et même terme (PP ou PAI ou PIA) dans tous les documents (outils loi 2002), supports de communication de l'établissement. Il a été précisé aux membres de la Mission d'inspection que les protocoles individuels sont en cours d'actualisation avec les Médecins traitants. D'après les comptes-rendus des CVS transmis, la question de l'installation d'une caméra dans la salle d'apaisement n'a pas été traitée lors des 3 séances de 2024.  Cette caméra est en place et utilisée puisque le jour de l'inspection, la silhouette d'un résident présent dans la salle zen était visible sur l'écran relié à la caméra.

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 26 : L'utilisation de la salle d'apaisement en l'absence d'actualisation des protocoles individuels établis par un médecin contrevient aux articles L 311-3 1° et 3° du CASF ⁵¹ .

3.6. Champ thérapeutique : L'organisation de la prise en charge en soins

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires																					
3.6.1	Effectif des professionnels de santé	Il ressort des entretiens menés que la composition de l'équipe pluridisciplinaire ne comporte ni médecin généraliste ou spécialiste, ni certains types de rééducateurs (i.e. psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste), ni un diététicien (Cf. tableau B). Tableau B. Composition de l'équipe pluridisciplinaire de l'EAM Simone Veil <table><tr><th>Type de professionnel</th><th>Nombre</th><th>ETP</th></tr><tr><td>Psychiatre</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Médecin généraliste</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Autres spécialistes</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>IDE</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>AS</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>FF AS</td><td>■</td><td>■</td></tr></table>	Type de professionnel	Nombre	ETP	Psychiatre	■	■	Médecin généraliste	■	■	Autres spécialistes	■	■	IDE	■	■	AS	■	■	FF AS	■	■
Type de professionnel	Nombre	ETP																					
Psychiatre	■	■																					
Médecin généraliste	■	■																					
Autres spécialistes	■	■																					
IDE	■	■																					
AS	■	■																					
FF AS	■	■																					

⁵¹ Article D312-63Version en vigueur depuis le 05 avril 2009La famille est associée à l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation. L'équipe médico-psychopédagogique de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les trimestres, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent et chaque année un bilan pluridisciplinaire complet de la situation du jeune. Au moins une fois par an, les parents sont invités à rencontrer les professionnels de l'établissement. Ils sont également saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires	
		AMP	■
		Psychologue	■
		Kinésithérapeute	■
		Psychomotricien	■
		Ergothérapeute	■
		Orthophoniste	■
		Diététicien	■
		Animateur	■
		Art-thérapeute	■
3.6.2	<u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u>	<u>Organisation du travail des professionnels de santé et continuité des soins</u> La mission d'inspection a été destinataire des documents suivants relatifs aux ressources humaines des professionnels soignants : - Les plannings de tous les professionnels de l'EAM, établis hebdomadairement sur la période 2024 – 2 mars 2025 ; - Les contrats de travail des soignants, à savoir des infirmiers et des aides-soignants ; - Les fiches de poste des soignants ; - Le registre unique du personnel, permettant d'identifier les soignants selon leur statut professionnel. Les fiches des tâches horaires n'ont pas été communiquées à la mission, bien qu'elles aient été demandées. La méthodologie utilisée a consisté à : - identifier à partir du registre unique du personnel les prénoms des soignants ayant actuellement un contrat en cours (i.e. contrat à durée déterminée, contrat à durée indéterminée) ; - vérifier leurs diplômes ainsi que leur fiche de poste ; - regrouper les professionnels selon leur statut (i.e. infirmier, aide-soignant) ; - rechercher dans les plannings transmis les jours de leur présence sur site. <u>Organisation de travail infirmière</u> <i>Effectifs infirmiers</i>	

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Le croisement des informations recueillies lors des entretiens avec celles présentes dans les plannings et le registre unique du personnel, ainsi que les constats faits les jours de l'inspection sur site conduisent aux résultats suivants : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
		Remarque 25 : La copie des diplômes et des contrats de travail des infirmiers exerçant au sein de l'EAM Simone Veil n'ont pas été communiqués à la mission d'inspection. <i>Continuité des soins infirmiers</i> Aux jours de l'inspection sur site, la continuité des soins infirmiers n'était pas assurée : - La semaine du 11 au 15 novembre, ainsi que les 28 et 29 novembre 2024 ; - Les 17 et 25 décembre 2024 ; - Les week-ends du 16 novembre 2024 au 23 février 2025. Écart 27 : La continuité des soins infirmiers du week-end et des jours fériés n'était pas assurée au moment de l'inspection sur site, ce qui constitue un risque pour la sécurité des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (1°) du CASF52.

⁵² Article L 311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

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

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Organisation de travail aide-soignante</u> <i>Effectifs d'aides-soignants</i> Les effectifs totaux d'aides-soignants varient selon les documents analysés. Ainsi, dans le registre unique du personnel sont consignés neuf aides-soignants dont un faisant fonction d'aide-soignant. Parmi les huit aides-soignants diplômés, six étaient en CDI. La plupart des membres de l'équipe d'aides-soignants exercent au sein de l'EAM depuis 2024. Seuls trois aides-soignants travaillaient au sein de la structure depuis 2021 à 2023. Les diplômes et les contrats de travail de cinq aides-soignants dont fait partie le faisant fonction d'aide-soignant ont été communiqués à la mission d'inspection. Pour les aides-soignants en CDD et pour un aide-soignant en CDI ces documents n'ont pas été transmis. Remarque 26 : Une partie des copies des diplômes et des contrats de travail d'aides-soignants n'ont pas été communiqués à la mission d'inspection, notamment pour ceux en CDD. Les plannings établis sont sous un format hebdomadaire, et indiquent d'une part le temps de travail d'éducateurs et d'aides-soignants par unité de prise en charge et d'autre part les plannings en journée et la nuit pour les autres professionnels de l'EAM. Aides-soignants de jour Il ressort des entretiens menés que quatre aides-soignants sont amenés à assurer quotidiennement la prise en charge des résidents accompagnés. La répartition attendue est d'un aide-soignant par jour ouvré pour les cinq unités. La direction de l'EAM cherche actuellement à recruter un aide-soignant supplémentaire. L'analyse des plannings de 11 novembre 2024 à 2 mars 2025 (Tableau C et D) indique que : - Pour deux unités (i.e. Tour Eiffel, Géode) aucune présence aide-soignante n'y est consignée sur l'intégralité de cette période ; - Pour les trois unités restantes (i.e. Arc de triomphe, Sacre cœur, Pyramide) une présence aide-soignante y est consignée, mais celle-ci n'a aucune périodicité (roulement) ; - Lorsque l'analyse des plannings vise à comparer le nombre total d'aides-soignants qui sont présents par mois avec les effectifs attendus sur la même période, soit un aide-soignant par jour, il est constaté un sous-effectif au mois de novembre 2024 et des sureffectifs pour les trois mois suivants (i.e. Tableau C). En effet, dans le registre unique du personnel deux aides-soignants sont consignés comme entrants dans l'équipe en décembre 2024, et un aide-soignant a commencé à exercer au sein de l'EAM début janvier 2025. Le renforcement des équipes aides-soignantes explique le sureffectif observé sur les trois mois. - Compte tenu de l'analyse précédente, plusieurs aides-soignants peuvent être présents au sein de l'EAM certains jours de chaque mois, tandis que pour d'autres jours aucun aide-soignant n'y est présent. Compte tenu de ce contexte, la suite de l'analyse visait à diviser le nombre de jours avec présence aide-soignante un mois donné avec le nombre total de jours du mois (i.e. Tableau D). Les résultats obtenus indiquent qu'une présence aide-soignante est effective pour presque la moitié des jours du mois de novembre, et pour les trois quarts des jours des mois décembre 2024 à février 2025.

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																
		Tableau C. Nombre total d'aides-soignants ayant une présence effective par unité et par mois rapporté au nombre total attendu <table><thead><tr><th></th><th colspan="4">Nombre total d'AS présents par mois et par unité</th></tr><tr><th>Nom unité</th><th>Novembre</th><th>Décembre</th><th>Janvier</th><th>Février</th></tr></thead><tbody><tr><td>Arc de Triomphe</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Tour Eiffel</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Sacre Cœur</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Géode</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Pyramide</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>% d'AS présents / mois par rapport aux effectifs attendus</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr></tbody></table> Tableau D. Nombre total de jours de présence d'AS par mois <table><thead><tr><th></th><th colspan="4">Nombre de jours de présence d'AS par mois et par unité</th></tr><tr><th>Nom unité</th><th>Novembre</th><th>Décembre</th><th>Janvier</th><th>Février</th></tr></thead><tbody><tr><td>Arc de Triomphe</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Tour Eiffel</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Sacre Cœur</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Géode</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>Pyramide</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr><tr><td>% de jours réalisés / le nombre total de jours du mois</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td></tr></tbody></table> En conclusion, la présence aide-soignante sur la période analysée a évolué favorablement à la suite de l'arrivée de trois aides-soignants au sein de l'équipe, avec la présence d'un sureffectif les mois de décembre 2024 et janvier / février 2025. Leur répartition par jour n'est pas optimale, car la présence quotidienne d'au moins un aide-soignant est assurée en février 2025 pour trois quarts des jours de ce mois. Remarque 27 : La présence d'au moins un aide-soignant par jour au sein de l'EAM n'est assuré que pour un quart ou la moitié des jours des mois analysés.		Nombre total d'AS présents par mois et par unité				Nom unité	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Arc de Triomphe	■	■	■	■	Tour Eiffel	■	■	■	■	Sacre Cœur	■	■	■	■	Géode	■	■	■	■	Pyramide	■	■	■	■	% d'AS présents / mois par rapport aux effectifs attendus	■	■	■	■		Nombre de jours de présence d'AS par mois et par unité				Nom unité	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Arc de Triomphe	■	■	■	■	Tour Eiffel	■	■	■	■	Sacre Cœur	■	■	■	■	Géode	■	■	■	■	Pyramide	■	■	■	■	% de jours réalisés / le nombre total de jours du mois	■	■	■	■
	Nombre total d'AS présents par mois et par unité																																																																																	
Nom unité	Novembre	Décembre	Janvier	Février																																																																														
Arc de Triomphe	■	■	■	■																																																																														
Tour Eiffel	■	■	■	■																																																																														
Sacre Cœur	■	■	■	■																																																																														
Géode	■	■	■	■																																																																														
Pyramide	■	■	■	■																																																																														
% d'AS présents / mois par rapport aux effectifs attendus	■	■	■	■																																																																														
	Nombre de jours de présence d'AS par mois et par unité																																																																																	
Nom unité	Novembre	Décembre	Janvier	Février																																																																														
Arc de Triomphe	■	■	■	■																																																																														
Tour Eiffel	■	■	■	■																																																																														
Sacre Cœur	■	■	■	■																																																																														
Géode	■	■	■	■																																																																														
Pyramide	■	■	■	■																																																																														
% de jours réalisés / le nombre total de jours du mois	■	■	■	■																																																																														

N°LIG NE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.6.3	<u>Mission du médecin psychiatre ou généraliste</u>	Comme évoqué précédemment au point de contrôle IGAS numéro 3.8 / 3.6.1. l'EAM ne disposait pas au moment de la visite sur site du concours d'un médecin psychiatre ou généraliste.
3.6.4	<u>La coordination des soins médicaux et paramédicaux</u>	<u>Coordination des soins médicaux</u> Compte tenu de l'absence de médecin au sein de l'EAM, aucune coordination médicale n'est mise en place. <u>Coordination des soins paramédicaux</u> Comme évoqué précédemment au point de contrôle IGAS numéro 1.2. / 1.2.16., il ressort des entretiens menés que le poste de cadre de santé n'était pas occupé au jour de l'inspection sur site. Un cadre infirmier était en cours de recrutement sur ce poste. Le commencement de son contrat était prévu pour début mars 2025. Selon les entretiens menés l'équipe éducative est encadrée actuellement par la cheffe de service, qui a des liens hiérarchiques avec les membres de l'équipe soignante. Lors de la visite sur site, il a été constaté que les soignants infirmiers assuraient par eux-mêmes la gestion des soins paramédicaux. L'accompagnant médical avait comme objectif de travail de prendre des rendez-vous avec les professionnels soignants extérieurs à l'EAM (e.g. médecins généralistes, psychiatres, neurologues) qui prodiguaient leurs soins aux résidents accompagnés au sein de cette structure. <u>Coordination avec le pharmacien</u> Lors des entretiens menés, il a été constaté que les soignants (i.e. infirmiers, accompagnant médical) échangent régulièrement par téléphone ou par courriel avec le pharmacien référent de l'EAM. <u>La prise en charge médicale</u> <i>La réalisation d'un examen complet annuel</i> Le suivi médical des résidents est assuré par leurs médecins traitants. Dans les dix dossiers médicaux analysés, il n'y a aucune traçabilité relative à la réalisation d'un examen médical annuel par les médecins traitants.
3.6.5	<u>La prise en charge médicale</u>	

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

Les documents, les locaux et les dossiers des résidents étudiés sont ceux de l'EAM « village », allée Eugénie -75015.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.7.1	<u>L'infirmierie</u>	<u>L'infirmierie</u> <i>Locaux de l'infirmierie</i> Lors de la visite des locaux il a été constaté que l'EAM Simone Veil dispose d'une infirmerie localisée au RDC haut. Celle-ci est excentré par rapport aux chambres des résidents qui sont situées au même niveau. Elle est constituée d'une seule pièce. La propreté du local de l'infirmerie est assurée par les maitresses de maison chaque matin. La traçabilité du nettoyage quotidien n'est pas réalisée.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<i>L'équipement de l'infirmerie</i> Au sein de l'infirmerie se situaient : 1) L'armoire à médicaments ; 2) Le chariot de distribution des médicaments, ainsi que le chariot pour la réfection des pansements ; 3) Le réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles. Un coffre à stupéfiants ne faisait pas partie des équipements de l'infirmerie, car les résidents n'ont pas eu besoin jusqu'à ce jour de traitements antalgiques de type stupéfiant. 1) Armoire à médicaments L'armoire à médicaments ferme à clé. Son contenu est accessible aux soignants (i.e. infirmiers, AS). Elle comporte d'une part les piluliers des résidents et d'autre par le stock de médicaments pour les besoins urgents. L'organisation des piluliers Oréus se fait par unité de prise en charge (e.g. Pyramides, Tour Eiffel). Dans une unité donnée l'organisation des piluliers est assurée par résident, mais leur ordre de classement n'est pas défini (e.g. numéro de chambre, ordre alphabétique). Le contrôle des dates de péremption des médicaments administrés dans l'EAM ne fait pas l'objet d'un protocole. Remarque 28 : Aucune procédure ne prévoit le contrôle régulier des dates de péremption : du stock pour les besoins urgents, des chariots de distribution des médicaments, du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles. 2) Chariots de distribution des médicaments Un chariot de distribution des médicaments est localisé au sein de l'infirmerie. Ce chariot, sécurisé par code et clé, contient sept plateaux de rangement, à savoir un pour chaque unité de l'EAM et deux pour les médicaments multi-usages et multi doses. Le chariot de distribution des médicaments sert deux fois par semaine (i.e. lundi, vendredi) au transport des piluliers dans les cinq unités de l'EAM. Les piluliers sont rangés au sein de la pièce de convivialité de chaque unité dans des armoires fermées à clé. L'accès aux piluliers est effectif pour : les infirmiers, les éducateurs et la cheffe de service (Cf. partie relative au circuit des médicaments). Un deuxième chariot comporte les matériels relatifs à la réfection des pansements. Les médicaments multi-usages comportaient la date de péremption sur la boîte. Les médicaments multi doses avaient marqué sur la boîte le nom du résident et la date d'ouverture. 3) Réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles Le réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles contenait des denrées alimentaires. Il ne contenait pas des prélèvements biologiques. Le suivi quotidien de sa température n'est pas noté sur sa fiche de traçabilité. Le réfrigérateur comportait une boîte de Dupixent et un flacon de vaccin Covid. La fiche de traçabilité comporte par ailleurs des parties dédiées à la notation de la date de vérification des dates de péremptions des

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		médicaments thermosensibles, du nettoyage mensuel et du dégivrage trimestriel du réfrigérateur. Ces informations n'étaient pas relevées sur la fiche de traçabilité.
		Écart 28 : La traçabilité du relevé des températures du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles n'est pas quotidienne, contexte qui nuit à la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF⁵³. Et aux RBPP sur le circuit du médicament.
3.7.2	<u>Les équipements du poste de soins</u>	Les équipements du <u>poste de soins</u> L'infirmier comportait <u>les équipements</u> suivants : - Une balance électronique ; - Un matériel de prise automatique des paramètres vitaux. La demande d'un deuxième tensiomètre automatique était en cours ; - Des produits d'hygiène (solution hydro alcoolique) y étaient disponibles. Les équipements utilisés dans les espaces d'hébergement étaient absents : - Lèves malades : aucun. - Verticalisateurs : aucun. - Nombre de chambres avec rails : aucune. Il ressort des entretiens menés que les résidents sont autonomes de point de vue moteur. Il n'est pas nécessaire d'en disposer de tels équipements. <i>Chariot/sac d'urgence</i> Un chariot ou un sac d'urgence n'étaient pas disponibles au sein de l'EAM. Un sac d'urgence était toutefois en cours de constitution.
		Écart 29 : Un chariot ou un sac d'urgence n'étaient pas disponibles au sein de la structure le jour de l'inspection sur site, contexte qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions des articles L311-3 (1°) et D344-5-6 du CASF⁵⁴.
3.7.3	<u>La sécurisation du poste de soins</u>	<u>La sécurisation du poste de soins</u> La porte de l'infirmierie était fermée à chaque fois quand la mission d'inspection s'y est rendue. L'accès est assuré par code connu des soignants (i.e. AS, infirmiers) et des membres de la direction et de l'équipe éducative. L'infirmierie comporte une seule pièce. <i>L'espace d'affichage du poste de soins</i>

⁵³ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

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

⁵⁴ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

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

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Un espace mural d'affichage était disponible au sein de l'infirmierie. Le planning des professionnels y était affiché. Il est à noter que : - La conduite à tenir en cas d'urgence vitale et numéro d'appel en cas d'urgence vitale ; - La liste de numéros de téléphone des professionnels de l'EAM ; - Le numéro d'appel maltraitance ; n'y étaient pas affichées. Écart 30 : Le numéro d'appel et la conduite à tenir en cas d'urgence vitale ne sont pas affichés au sein de l'infirmierie, ce qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF⁵⁵.
3.7.4	<u>Le bureau du psychiatre OU médecin de la structure</u>	Les entretiens menés ont précisé qu'au jour de l'inspection l'EAM Simone Veil ne disposait pas d'un bureau médical.
3.7.6	<u>Les projets de soins individualisés (PSI)</u>	<u>Les projets de soins individualisés</u> Les entretiens menés de même que l'analyse des dossiers médicaux ont précisé que les projets de soins individualisés et les plans de soins n'étaient pas élaborés pour les résidents de la structure. Il existait cependant pour chaque résident un plan d'administration des médicaments s'adressant aux éducateurs qui la réalisaient. Ces plans d'administration sont élaborés chaque semaine par le pharmacien référent de l'EAM. Écart 31 : Un projet de soins individualisés et un plan de soins ne sont pas établis pour chaque résident, contexte qui nuit à la sécurité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF⁵⁶. Une trame de « protocole d'accompagnement » vierge a été communiquée à la mission d'inspection. Celle-ci comporte trois protocoles, à savoir les protocoles : internat, douche et repas. Cette trame s'apparente au protocole de soin d'un résident. Cette trame n'a pas été retrouvée renseignée dans les dossiers médicaux des résidents accompagnés.
3.7.7	<u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)</u>	<u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels</u> <i>Moyens mis à disposition des nouveaux arrivants soignants</i> Il ressort des entretiens menés que lorsqu'un nouveau soignant arrive au sein de la structure, il ne dispose pas à son arrivée :

⁵⁵ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

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

⁵⁶ Article L311-3 (1°) du CASF : L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

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

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- D'un accès à la gestion électronique des documents (GED) ; - D'un accès au SharePoint ; - Des fiches des tâches hebdomadaires ; - De son planning pour le mois en cours. Selon les entretiens menés et compte tenu de l'organisation soignante actuelle, qui repose sur deux infirmiers et cinq aides-soignants, l'encadrement du nouveau soignant par une personne ayant au moins sa fonction n'est pas possible. Une évaluation de son intégration au sein de la structure n'est pas prévue. Un classeur localisé à l'infirmerie, regroupe les protocoles et procédures de soins, et est à la disposition des soignants exerçant dans la structure. Les entretiens menés précisent que les pratiques de soutien aux professionnels : - Analyse des pratiques ; - Tutorat ; - Groupes de parole ; ne sont pas organisés. <i>Protocole d'accueil des nouveaux arrivants soignants</i> Il ressort des entretiens menés qu'un protocole d'accueil des nouveaux soignants n'est pas élaboré. Bien que la communication de ce protocole ait été formulée, ce document n'a pas été transmis à la mission d'inspection.
3.7.8	<u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u> <i>Les DLU proprement-dits</i>	Les dossiers de liaison d'urgence ont été présentés au point de contrôle IGAS numéro 3.1. / 3.2.5. Comme évoqué ci-dessus, les DLU ne sont pas actuellement élaborés. Une fiche de liaison médicale et des récapitulatifs des informations médicales sont établis pour chaque résident. La fiche de liaison papier est stockée dans l'un des cinq classeurs regroupant pour chaque résident les documents nécessaires lors d'une consultation ou une hospitalisation. Ces classeurs, organisés par unité, se situent sur une paillasse au sein de l'infirmerie. Bien qu'ils contiennent des informations médicales nominatives, ils ne sont pas stockés dans un endroit sécurisé par clé. La fiche de liaison informatisée est disponible pour chaque résident au niveau de l'espace informatisé « Commun ». Sa localisation est différente de celle du dossier médical, contexte qui conduit à une dispersion des informations médicales informatisées. Les droits d'accès des soignants à l'espace « Commun » et implicitement leur accès aux fiches de liaison varient selon leur statut professionnel. Il convient cependant de noter que l'accompagnant médical avait un accès à la fois aux dossiers médicaux et aux fiches de liaison des résidents accompagnés. <i>Réactualisation des fiches de liaison</i>

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les professionnels participant aux entretiens ne savent pas qui assure leur réactualisation et à quelle fréquence celle-ci est assurée. Écart 32 : La fréquence de réactualisation des fiches de liaison n'est pas connue par les soignants, ni par le professionnel responsable de cette réactualisation, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF⁵⁷. Le stockage des fiches de liaison papiers Les informations relatives au stockage des fiches de liaison ne se recoupent pas et varient selon le professionnel interviewé. Ainsi, pour certains d'entre eux les fiches de liaison informatisées n'existent pas, tandis que pour d'autres les deux supports de fiches de liaison sont disponibles. La mission d'inspection a constaté que ces dossiers sont disponibles au niveau de l'espace commun qui est informatisé.
3.7.9	<u>Le chariot d'urgence</u>	La visite sur site a permis de constater que l'EAM Simone Veil ne dispose ni d'un chariot ni d'un sac d'urgence. Les entretiens menés ont précisé qu'un sac d'urgence est en cours de constitution. Les informations relatives au chariot d'urgence ont été présentées au point de contrôle IGAS numéro 3.8. / 3.7.2.
3.7.10	<u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u>	La localisation du DAE dans le couloir qui jouxte l'entrée de l'infirmerie, ne lui permet pas d'être ni visible au public, ni facile d'accès. Le DAE était fonctionnel au jour de la visite sur site. Les soignants ne peuvent pas préciser s'il est contrôlé régulièrement. Il ressort des entretiens menés que le technicien le contrôle régulièrement, mais les soignants interviewés ne peuvent pas préciser la fréquence de ce contrôle. Sa signalétique n'était pas mise en place.
		Écart 33 : L'absence de signalisation de l'emplacement du DAE et sa localisation au jour de l'inspection ne le rendent pas appareil facilement accessible et ne permettent pas son utilisation par toute personne présente dans l'enceinte de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions des articles 1 et 3 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.
3.7.11	<u>Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur</u>	Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur Il ressort de l'analyse des documents transmis qu'un protocole de gestion des douleurs abdominales est élaboré et disponible avec les autres protocoles de soins de l'EAM Simone Veil (Cf. Protocoles en situation d'urgence. Conduites à tenir quand les infirmières sont absentes, mis à jour le 9 décembre 2020). Ce document présente également un support d'auto-évaluation de la douleur nommé Santé BD. Ce protocole de gestion des douleurs abdominales, qui est très succinct, comporte trois parties : - Essayer d'évaluer l'intensité de la douleur ;

⁵⁷ Article L311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Identifier des éléments de contexte (e.g. appétit, transit intestinal, constipation, diarrhée) ; - Transmettre les informations recueillies aux infirmiers ou à l'astreinte selon le moment de survenue de ce symptôme. Un protocole relatif à la prise en charge d'une douleur outre que celle abdominale n'est pas encore établi. On note qu'aucun traitement antalgique ne figure dans les plans de traitement fournis par la pharmacie. Écart 34 : Le protocole de prise en charge de la douleur (hormis celle à localisation abdominale) à l'attention des professionnels de l'EAM n'est pas élaboré, contexte qui nuit à la prise en charge de qualité des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF⁵⁸, aux articles L1110-12 et R4312-19 du CSP et à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2022. <u>Formation à l'usage des pompes à morphine</u> Les pompes à morphine ne sont pas utilisées au sein de l'EAM. <u>Prévention, dépistage et protocole de gestion de l'état bucco-dentaire des résidents</u> <u>Éléments de suivi bucco-dentaire</u> Il ressort des entretiens menés que les rendez-vous sont pris chez les dentistes pour des actions de dépistage et d'urgences bucco-dentaires. Les structures intervenant dans ce type de prise en charge sont : <i>Analyse de dossiers médicaux relative au suivi bucco-dentaire des résidents</i> L'analyse de dix dossiers médicaux a permis de constater que huit résidents ont eu un examen de dépistage bucco-dentaire réalisé par le biais du réseau Rhapsodif en 2023.
	<u>Prévention, dépistage et protocole de gestion Bucco -dentaire :</u> <u>Les contentions :</u>	<u>Les contentions</u> Il ressort des entretiens menés que des contentions ne sont pas prescrites au sein de l'EAM. Les seules contentions qui y sont utilisées sont celles nécessaires lors de la gestion des comportements problèmes pour lesquelles il y a une prescription.

⁵⁸ [Article L311-3 \(1°\) du CASF](#) : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.7.12	<u>Les protocoles de soins</u>	<u>Les protocoles de soins</u> Lors de la visite sur site il a été constaté que les protocoles/procédures de soins sont regroupés dans un classeur localisé à l'infirmerie. En outre, les protocoles et les procédures de soins communiquées par la structure peuvent être regroupées en : - Des protocoles à appliquer lorsque l'infirmier est présent au sein de la structure ; - Des conduites à tenir en cas d'absence infirmier au sein de l'EAM. Ainsi, un fichier de type Power point nommée « Protocoles de soins » regroupe plusieurs fiches comportant : des recommandations générales en cas de symptôme (e.g. fièvre, agitation, chute) ou en cas d'une pathologie chronique conduisant à des troubles aigus (e.g. crises d'épilepsie). Ces recommandations font intervenir les infirmières ou les médecins traitants des résidents dans la démarche de leur prise en charge. Ce document ne comporte pas les noms et les fonctions des rédacteurs du fichier ni les noms et les fonctions de ses valideurs. Les protocoles élaborés à l'attention des professionnels sont regroupés dans un document nommé « Protocoles en situation d'urgence & Conduites à tenir quand les infirmiers sont absents ». Ce document ne comporte ni la date de son élaboration, ni les professionnels ayant participé à sa rédaction et à sa validation. Remarque 29 : Les protocoles et les procédures de soins ne comportent ni leur date d'élaboration, ni les noms et les fonctions des professionnels ayant participé à leur rédaction et à leur validation. <u>La conduite à tenir en cas d'urgence vitale</u> Il ressort des entretiens menés, de la visite sur site ainsi que de l'analyse des documents transmis qu'une conduite à tenir en cas d'urgence vitale est élaborée, mais elle n'est pas affichée dans l'espace d'affichage de l'infirmerie. <u>Les protocoles relatifs aux maladies chroniques</u> Les protocoles relatifs aux principales maladies chroniques (e.g. diabète, épilepsie) sont disponibles sous forme de protocoles individualisés des protocoles personnalisés. Ainsi, la conduite à tenir en cas de crise d'épilepsie, qui comporte deux volets, à savoir : - Résident qui n'est pas connu épileptique ; - Résident épileptique connu ayant une prescription spécifique de gestion de crise ; est élaborée et disponible pour le professionnels de l'EAM. Cette procédure n'appelle aucune remarque. Il convient de noter que l'EAM dispose de détecteurs matelas épilepsie. Le protocole relatif à la prise en charge du diabète, en cours d'élaboration, n'appelle aucune remarque. Une procédure de gestion en cas de chute et de prévention des chutes version 1 du 10 septembre 2024, élaborée par le médecin et la chargée de mission qualité et validée par le médecin, s'adresse à tout le personnel soignant. Cette procédure présente la conduite à tenir d'une part d'une chute nécessitant une intervention médicale, et d'autre part celle d'une chute qui semble sans gravité. Pour les chutes ne nécessitant pas l'intervention

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		d'un médecin, la conduite à tenir ne précise pas quelles sont les signes de gravité à exclure pour que la prise en charge soignante se poursuive au sein de l'EAM.
		Remarque 30 : La procédure en cas de chute d'un usager ne précise pas quels signes de gravité sont à rechercher et à exclure, afin que la prise en charge du résident chuteur puisse se poursuivre si possible au sein de l'EAM.

3.8. Champ thérapeutique : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.1	La <u>tracabilité</u> des soins par les <u>professionnels</u>	L'écart 37 est issu de l'annexe 1. Écart 35 : Il n'existe pas de dossier de soins infirmier formalisé, ni de plan de soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4312-35 du CSP ⁵⁹ La tracabilité lors de l'administration des médicaments La plupart des soignants interviewés affirment que la tracabilité de l'administration des médicaments est effectuée en temps réel par les éducateurs. Un soignant nous a précisé et nous a montré sur un plan d'administration de traitement, plusieurs absences de tracabilité de cette administration. L'aide à la prise de médicaments n'est pas consignée sur les plans d'administration. Selon les entretiens menés, la plupart des résidents ont une certaine autonomie à la prise des leurs médicaments. Écart 36 : La tracabilité de l'administration des médicaments à chaque résident n'est pas systématiquement consignée sur son plan d'administration, ce qui nuit à la sécurité et à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF⁶⁰ et aux articles R4311-3 et R4312-35 du CSP. Suivi de pansements Il ressort des entretiens menés qu'il n'y avait pas au jour de l'inspection sur site des résidents ayant des plaies ou des escarres. Compte tenu de la population accompagnée, des lésions cutanées superficielles peuvent survenir et sont prises en charge par les infirmiers de l'EAM. Ceux-ci ne sont pas amenés à réaliser des pansements complexes.

⁵⁹ Article R4312-35 L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi. L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscretion. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données.

⁶⁰ Article L311-3 (1°) (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :1° **Le respect** de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, **de sa sécurité** et de son droit à aller et venir librement ;3° **Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité** favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; »

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.2	<u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</u>	Il n'y a pas en outre de protocole de prise en charge des escarres. Un protocole précisant la conduite à tenir en cas de plaies simples (i.e. écorchures, coupures, érosions cutanées) ou graves est élaboré. <u>Les transmissions</u> Le sujet des transmissions entre professionnels a été consignée au point de contrôle IGAS numéro 3.1 / 3.2.6. Le kinésithérapeute intervenant au sein de l'EAM rend à la demande des comptes rendus. Il n'a pas actuellement accès au SharePoint.

3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.9.1	<u>La procédure du circuit du médicament</u>	<u>La procédure du circuit du médicament</u> La procédure du circuit du médicament, version 1, du 24 septembre 2024, élaborée par le cadre de santé et le chargé de mission qualité, et validée par la direction générale, s'adresse à tous les professionnels de l'EAM. Cette procédure très succincte comporte plusieurs parties, à savoir : - Prescription des médicaments ; - Approvisionnement et stockage ; - Dispensation et préparation ; - Administration des médicaments ; - Traçabilité et suivi ; - Gestion des médicaments non utilisés ou périmés ; - Formation et sensibilisation. La procédure de traçabilité des médicaments, version 1, du 24 septembre 2024, élaborée par le cadre de santé et le chargé de mission qualité, et validée par la direction générale, s'adresse à tous les professionnels de l'EAM. Cette procédure, qui comporte plusieurs parties, met l'accent sur les modalités de traçabilité de l'administration des médicaments au moyen d'une feuille de suivi papier ou informatique sur laquelle l'identification du professionnel ayant administré le traitement est obligatoire, ainsi que la traçabilité de l'heure et de la date de cette administration. La procédure comporte un volet relatif à la gestion des erreurs et des incidents, comme en cas d'erreur d'administration. <u>L'audit du circuit du médicament</u> Il ressort des entretiens menés qu'un audit du circuit du médicament n'a pas été réalisé récemment au sein de l'EAM.
Remarque 31 : Aucun audit du circuit du médicament n'a été réalisé depuis 2023 au sein de l'EAM Simone Veil.		

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.9.2	<u>L'identification des usagers</u>	<u>L'identification des usagers</u> L'étape qui précède l'administration des médicaments aux résidents est celle d'identification. Cette étape s'appuie sur deux sources d'information : - Le plan d'administration des médicaments établi par le pharmacien d'officine chaque semaine pour chaque résident. Ce plan comporte les informations suivantes : - o La photographie du résident ; - o Son nom et son prénom ; - o Son sexe et son âge ; - o Ses pathologies ou allergies ; - o Son lieu de prise en charge ; - o Le nom de la pharmacie d'officine ; - o Les cases à cocher lorsque le traitement a été administré ; - Les piluliers Oréus qui comportent la photographie du résident sur chaque godet à administrer (i.e. matin, midi, soir, coucher). <u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u> Certains piluliers Oréus ont des médicaments qui sont déblistérés, situation qui ne permet pas aux infirmiers de l'EAM de vérifier : le nom du médicament, son numéro de lot et sa date de validité. Remarque 32 : Certains médicaments délivrés par la pharmacie d'officine dans les piluliers Oréus™ sont déblistés, ce qui ne permet pas d'effectuer un contrôle avant leur administration.
3.8.3	<u>Les moyens de transmissions entre l'EAM et l'officine en pharmacie</u> <u>La transmission des ordonnances à l'officine</u> Il ressort des entretiens menés que la transmission des ordonnances à l'officine est assurée par courriel, pour que la date et l'heure de leur communication soient enregistrées. L'écart 39 est issu de l'annexe 1. Écart 37 : La transmission à la pharmacie d'officine par l'établissement de façon non sécurisée des ordonnances des résidents, qui contiennent des données médicales nominatives contrevient à l'article L311-3 4°61 du CASF et à l'article 32 du RGPD.	

61 article L311-3 L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 4° La confidentialité des informations la concernant ;

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mise en place du logiciel métier ARIMES en 2025 permettra l'accès à distance du pharmacien référent aux ordonnances médicamenteuses informatisées. <i>La transmission des conseils thérapeutiques de l'officine vers l'EAM et des observations entre l'EAM et l'officine</i> Les entretiens menés précisent que la plupart des échanges entre la pharmacie et l'EAM se font par téléphone, compte tenu que les deux infirmiers de l'EAM n'ont pas encore des codes d'accès aux outils informatiques de la structure (e.g. SharePoint, commun). Remarque 33 : Les deux infirmières qui exercent en tant que vacataires au sein de l'EAM, n'ont pas d'identifiants personnels leur permettant un accès aux outils informatiques de la structure. <i>La transmission des erreurs de dispensation à l'officine</i> Selon les entretiens menés les erreurs de dispensation sont transmises par téléphone au pharmacien référent de l'EAM. Ces erreurs sont également déclarées auprès de la cheffe de service qui réalise une déclaration d'événement indésirable dans l'outil informatique de gestion de la qualité AGEVAL.
3.8.4	<u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u>	Le stock de médicaments pour besoins urgents Lors de la visite sur site les membres de la mission d'inspection ont constaté que le stock de médicaments pour besoins urgents était localisé dans l'armoire à médicaments qui ferme à clé. (3.7.1 infirmerie pour compléter) Écart 38 : Le stock de médicaments pour besoins urgents n'est pas constitué à partie d'une liste préétablie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R5126-108 du CSP⁶².
3.8.5	<u>Les stupéfiants</u>	<u>Les stupéfiants</u> Les résidents de l'EAM Simone Veil n'ont pas des prescriptions médicamenteuses de type stupéfiant. Ils ne disposent ni d'un coffre à stupéfiants, ni d'un registre des stupéfiants. La procédure relative à la gestion des stupéfiants au sein de l'EAM n'est par conséquent élaborée.
3.8.6	<u>Les prescriptions médicales</u>	<u>Les prescriptions médicales</u> <i>Support des prescriptions médicales</i>

⁶² Article R5126-108 Le prix de cession des spécialités mentionnées au 1° et au 4° de l'article R. 5126-104 et de celles bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au a de l'article L. 5121-12 est égal à la somme du prix d'achat de la spécialité par l'établissement de santé et d'une marge forfaitaire dont la valeur est arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie en tenant compte des frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités. Le prix de cession est majoré, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mission d'inspection a constaté sur site que toutes les prescriptions médicales des résidents accompagnés sont sous un seul format, à savoir des ordonnances papier. Compte tenu de la situation actuelle en ressources humaines de l'EAM, plus spécifiquement sans médecin généraliste ni spécialiste, ce sont les médecins traitants/ hospitaliers qui prescrivent et renouvellent les ordonnances (i.e. médicamenteuses, de rééducation) pour le ou les résidents dont ils assurent la prise en charge. Lors de l'analyse de dix dossiers médicaux, il a été constaté qu'aucun médecin traitant ne prescrit des ordonnances dans le dossier informatisé du résident (i.e. SharePoint). En l'absence d'un médecin au sein de la structure, la retranscription informatique des ordonnances prescrites par les médecins libéraux n'est pas assurée. Le pourcentage de prescriptions faites dans le dossier informatisé est nul. Lors de la visite du poste infirmier il a été constaté que les ordonnances sont ne sont pas seulement scannées mais également copiées. Ainsi, pour une ordonnance papier donnée, il existe minimum deux copies distinctes.
		Remarque 34 : L'ordonnance papier originale donne lieu à minimum deux copies qui font partie des supports papier du dossier médical de chaque résident de l'EAM.
		<i>Prescription et renouvellement des ordonnances médicamenteuses</i> Les entretiens menés auprès des soignants indiquent qu'un calendrier de renouvellement des ordonnances était tenu par le dernier cadre de santé qui a exercé au sein de la structure. Lors de l'inspection sur site, les infirmiers et l'accompagnant médical contrôlaient les dates de péremption des ordonnances médicamenteuses prescrites par les médecins traitants et spécialistes des résidents accompagnés, pour constituer un calendrier de renouvellement des ordonnances. Pour certains cas particuliers, le médecin prescripteur peut être un membre de la famille du résident lorsque celui-ci est médecin. Ces médecins transmettent régulièrement aux soignants de l'EAM, les ordonnances prescrites pour leur proche. Les entretiens précisent par ailleurs que lorsque le pharmacien constate qu'une ordonnance médicamenteuse n'est plus en cours de validité, il délivre le traitement pour une semaine et demande aux professionnels de l'EAM de trouver un moyen pour renouveler ordonnance échue. Les rendez-vous médicaux relatifs aux renouvellements des prescriptions médicamenteuses sont pris soit par l'accompagnant médical, soit par les familles. <i>Analyse de la conformité de dix prescriptions médicales médicamenteuses</i> Toutes ces prescriptions comportaient : - La date de prescription ; - Le nom, la qualité et la signature du prescripteur ; - La dénomination de la molécule médicamenteuse ; - La dénomination commune internationale ; - La posologie ; - La durée de traitement ;

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- La voie d'administration. Six ordonnances médicamenteuses parmi dix comportaient une prescription de psychotrope. Pour deux d'entre-elles les durées maximales de prescription autorisées étaient dépassées (120 jours versus 90 jours autorisés). Remarque 35 : Le respect des durées maximales de prescription des psychotropes n'est pas effectif pour un tiers des ordonnances médicamenteuses comportant ce type de prescription. <i>Prescription et renouvellement des ordonnances de rééducation</i> Parmi les dix résidents inclus dans l'échantillon d'étude, deux avaient des prescriptions de kinésithérapie en cours de validité. Ces prescriptions étaient faites par leurs médecins traitants. La liste préférentielle de médicaments est élaborée et a été communiquée à la mission d'inspection. Cette liste comporte environ soixante- quinze molécules thérapeutiques. non regroupées par classe thérapeutique (e.g. antipyrétiques, antiepileptiques), ce qui n'en facilite pas l'utilisation. Remarque 36 : Les médicaments faisant partie de la liste préférentielle ne sont pas groupés par classe thérapeutique. Compte tenu des problématiques en ressources humaines de l'EAM Simone Veil, à savoir l'absence d'un médecin généralisé ou spécialiste, la liste préférentielle de médicaments n'est pas utilisée par les médecins prescripteurs de la structure.
3.8.7	<u>La liste préférentielle de médicaments (LPM)</u>	
3.8.8	<u>La retranscription des prescriptions dans le dossier médical</u>	<i>Retranscription des prescriptions</i> Compte tenu que l'EAM Simone Veil ne dispose pas actuellement du concours d'un médecin dans ses effectifs soignants, les ordonnances médicamenteuses prescrites par les médecins traitants des résidents ne sont pas retranscrites dans leurs dossiers médicaux informatisés (i.e. SharePoint). <i>La saisie par les infirmières des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical du résident</i> Il ressort des entretiens menés avec les soignants, que les infirmiers ne sont pas amenés à saisir d'elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier de soin d'un résident nécessitant une prise en charge urgente.
3.8.9	<u>La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</u>	<u>Dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</u> <i>Transmission des ordonnances à l'officine</i> Il ressort des entretiens menés que les ordonnances des médicaments sont scannées et transmises au pharmacien « référent » de l'établissement par courriel. Cette démarche permet d'assurer la traçabilité de la date et de l'heure d'envoi de l'ordonnance médicalementeuse. Pour les prescriptions urgentes, la même démarche est mise en place. Le pharmacien est prévenu par courriel et par téléphone de cette nouvelle prescription. Il prépare les médicaments prescrits, et l'accompagnant médical va à la pharmacie les chercher. Dès leur arrivée au sein de l'EAM l'infirmier prépare les piluliers.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les ordonnances médicamenteuses originales sous format papier ne sont pas transmises à l'officine à chaque délivrance de traitement.
3.8.10	<u>Médicaments : préparation des piluliers</u>	<u>Préparation des piluliers</u> <i>Moment de réception et de contrôle des piluliers</i> La préparation des doses à administrer est réalisée par la pharmacie d'officine, Il ressort des entretiens menés que chaque mardi les piluliers sont reçus au sein de l'EAM. Ils contiennent les traitements pour une semaine, plus précisément de lundi à dimanche. Tous les piluliers sont contrôlés lorsqu'ils arrivent à l'infirmerie de l'EAM. Le moment du contrôle n'est pas établi (i.e. jour de semaine ou heure précises). Les piluliers sont contrôlés par les infirmiers pendant les périodes d'activités des résidents, afin qu'ils ne soient pas interrompus dans leur tâche. Les premiers piluliers contrôlés sont ceux pour lesquels une modification récente de traitement a eu lieu. Ce contrôle se fait à partir de l'ordonnance originale. La préparation par les IDE des doses à administrer, à partir des piluliers dispensés par la pharmacie, se réalise pour deux périodes : - Pour le week-end : de vendredi soir jusqu'à lundi midi ; - Pour la semaine : de lundi soir jusqu'à vendredi midi. Concernant la préparation des doses à administrer le week-end, elle se réalise : - D'une part pour les résidents qui quittent l'EAM le week-end. Pour ces résidents, des pochettes sont préparées à l'attention des membres de leur famille. Ces pochettes contiennent d'une part les piluliers sur la période de leur séjour au domicile et d'autre part une copie de l'ordonnance en cours de validité ; - D'autre part pour les huit à onze résidents qui restent au sein de l'EAM la préparation des doses à administrer est identique à celle réalisée pour les piluliers utilisés pendant la semaine. <i>Erreurs de dispensation</i> En cas d'erreur de dispensation l'infirmier appelle le pharmacien pour l'informer de l'erreur identifiée. Une déclaration d'événement indésirable est également réalisée : - Pendant la semaine et en journée par la cheffe de service au moyen du logiciel de gestion de la qualité AGEVAL. - Pendant le week-end ou la nuit par le cadre d'astreinte administrative.
3.8.12	<u>La préparation des médicaments (hors piluliers)</u>	<u>La préparation des médicaments hors piluliers</u> Il ressort des entretiens menés que ces préparations sont réalisées par les infirmières à partir de l'ordonnance médicamenteuse originale en cours de validité.
3.8.13	<u>Les locaux et les conditions de préparation des médicaments</u>	<u>Les locaux et les conditions de préparation des médicaments</u>

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Il ressort des entretiens menés que la préparation des doses à administrer (PDA) se réalise à l'infirmerie de l'EAM. Cette dernière a été présentée au point de contrôle IGAS numéro 3.8. / 3.7.1. <i>Le moment de préparation des PDA</i> Pour que les infirmiers ne soient pas interrompus dans leur tâche, le moment de préparation des PDA est choisi lors des séances d'activités des résidents. <i>Le support de préparation des PDA</i> Les ordonnances médicamenteuses originales sont utilisées lors de la préparation des doses à administrer.
3.8.14	<u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u>	<u>Le stockage des médicaments</u> <i>Les chariots de distribution des médicaments</i> Lors de la visite des locaux, les membres de la mission d'inspection ont constaté que deux chariots de distribution des médicaments, un utilisé pour distribuer les médicaments et un pour la réfection des pansements sont tous deux sécurisés par code et clé et sont localisés à l'infirmerie. <i>L'armoire à médicaments</i> L'armoire à médicaments, qui ferme à clé, permet le stockage des piluliers Oréus par unité de prise en charge, et des médicaments pour les besoins urgents. <i>Le stock des médicaments pour les besoins urgents</i> Localisé à l'infirmerie, dans l'armoire à médicaments, est très réduit en volume. Il n'existe pas une liste de médicaments ou des dispositifs médicaux faisant partie de ce stock. <i>Le réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles</i> Situé au sein de l'infirmerie, il comportait très peu de médicaments. Des denrées alimentaires s'y retrouvaient. Remarque 37 : Le réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles comportait des denrées alimentaires lors de la visite sur site, ce qui ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. (https://www.omedit-normandie.fr/media-files/20422/guide-pst-aff.pdf) L'écart numéro 41 est issu de l'annexe 1
		Écart 39 : Des médicaments sont stockés dans les unités de vie, dans des armoires non dédiées à leur stockage, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R5126-109⁶³ du CSP
3.8.15	<u>Les dates de péremption des médicaments</u>	<i>Procédure interne de surveillance des dates de péremption des médicaments</i>

⁶³ Article R5126-109 Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108, sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Aucune procédure interne n'encadre l'organisation soignante devant assurer le contrôle des dates de péremption des médicaments : du chariot de distribution des médicaments, du stock pour les besoins urgents et des médicaments préservés dans le réfrigérateur des médicaments thermosensibles. Il ressort des entretiens menés qu'un tel contrôle a été réalisé fin décembre 2024 et il est prévu courant mars ou avril 2025. Aucune traçabilité de ce contrôle n'est actuellement mise en place. Remarque 38 : La traçabilité de la vérification des dates de péremption des médicaments, quel que soit leur lieu de stockage, n'est pas effective. <i>Dates de péremption consignées sur les produits multi usages</i> Lors de la visite sur site, la mission d'inspection a pu constater que les dates de péremption étaient indiquées sur les produits multi-usages ouverts.
3.8.16	<u>La liste des médicaments écrasables</u>	<u>La liste des médicaments écrasables</u> Il ressort des entretiens menés qu'aucun des médicaments administrés au sein de l'EAM ne nécessite un broyage. L'EAM ne dispose ni d'une liste des médicaments écrasables ni d'un protocole de broyage des médicaments. Il convient cependant de noter qu'une procédure de médicaments écrasés, version ACS-001 du 14 septembre 2024, élaborée par la cadre de santé et la chargée de mission qualité et validée par la direction générale, s'adresse à tous les professionnels de la structure. Cette procédure comporte plusieurs parties dont : - Principes généraux ; - Validation de l'encrassement ; - Modalités d'écrasement et d'administration ; - Traçabilité et surveillance ; - Formation et sensibilisation. Cette procédure n'appelle aucune remarque.
3.8.17	<u>La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments</u>	<u>La délégation de l'infirmier de l'administration des médicaments</u> <i>L'organisation de la délégation d'administration des médicaments par l'infirmier</i> Il ressort des entretiens menés que les professionnels qui sont anciens au sein de la structure ont été formés à l'administration des médicaments. Les professionnels socioéducatifs nouveaux arrivants sont formés par ceux qui sont plus anciens, et non par les IDE L'équipe infirmière de la structure s'est proposée au jour de la visite de former et d'habilier prochainement les professionnels administrant des traitements médicamenteux aux résidents.

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 39 : Les professionnels soignants et socioéducatifs réalisant l'aide à la prise des médicaments ne sont pas tous formés à cet effet par les IDE, contrairement aux recommandations de l'Omedit IDF et à l'article L.313-26 du CASF et R4311-4 du CSP. <i>Procédure de délégation d'administration des médicaments</i> Comme évoqué précédemment l'EAM dispose d'une procédure de délégation d'administration des médicaments en journée (Réf. : version 1 du 14 septembre 2025) élaborée par la chargée de mission qualité et l'ancien médecin et validée par la direction générale. Cette procédure s'adresse aux cadres et aux soignants. Cette procédure précise que la délégation est accordée aux professionnels éducatifs volontaires, identifiés et formés. Ces professionnels doivent suivre une formation obligatoire sur : - Les règles d'administration des médicaments ; - Les risques liés aux traitements ; - La conduite à tenir en cas d'incident. Une évaluation des compétences est réalisée par l'infirmier avant validation de la délégation. La procédure de délégation d'administration des médicaments est établie pour les administrations en journée. Elle ne prévoit pas les distributions réalisées au coucher ou la nuit. Remarque 40 : La procédure de délégation d'administration des médicaments ne couvre que la période diurne.
3.3.18	<u>Tracabilité de l'administration des médicaments</u> ou des motifs de non-administration	Administration des médicaments Selon les entretiens menés les médicaments sont administrés par : les soignants dont les AS, les moniteurs éducateurs, les éducateurs, et les AMP. Pour la délégation de l'administration des médicaments les professionnels de la structure suivent les indications de l'OMEDIT Ile-de-France. Pendant les jours ouvrés, les médicaments sont le plus souvent administrés par les éducateurs. Les soignants peuvent également participer à l'administration des traitements médicamenteux. Les médicaments prescrits au coucher sont administrés : - Si le résident se couche tôt par les soignants ou les éducateurs (i.e. jusqu'à 21h00) ; - Si le résident se couche tard par les veilleurs de nuit (entre 20h00 et 8h00). La nuit et le week-end ce sont les professionnels présents à l'EAM qui administrent les traitements (i.e. éducateur, veilleur de nuit). <i>Administration des médicaments lors de la survenue d'un comportement problème</i> Selon les entretiens menés, en cas de survenue d'un comportement problème chez un résident, notamment la nuit ou le week-end, un protocole de prise en charge des comportements problème est disponible. Ce protocole comporte une grille de cotation de passage à l'acte. Ainsi, le professionnel qui doit assurer la prise en charge du résident, se réfère au protocole et il appelle le cadre d'astreinte administrative. Ce dernier décide de l'administration ou de la non-administration du traitement « si besoin ». Lorsqu'un comportement problème survient en journée, la cheffe de service présente sur site prend la décision d'administration du traitement « si besoin ».

N° LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>La traçabilité de l'administration ou de la non-administration des médicaments</u> La plupart des soignants interviewés affirment que la traçabilité de l'administration des médicaments est effectuée en temps réel. Toutefois, l'un d'entre eux nous a précisé et nous a montré sur un plan d'administration de traitement, plusieurs absences de traçabilité de cette administration. L'aide à la prise de médicaments n'est pas consignée sur leurs plans d'administration. En effet, selon les entretiens menés, la plupart des résidents ont une certaine autonomie à la prise des leurs médicaments. Écart 40 : La traçabilité de l'acte d'administration de médicaments aux résidents n'est pas systématiquement assurée, ce qui nuit à la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (1°) du CASF64. <i>La survenue d'une erreur d'administration</i> Lorsqu'une erreur de dispensation, de préparation ou d'administration d'un médicament survient, le professionnel qui la constate informe la cheffe de service. Celle-ci déclare par le biais du logiciel AGEVAL cet événement indésirable lié à la prise en charge médicamenteuse.

⁶⁴ Article L 311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels **est garanti à toute personne accueillie et accompagnée** par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

1° **Le respect** de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; »

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

N° LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.1.1	4.1. Environnement	<u>Environnement géographique (transports, environnement, sécurité)</u>	Les locaux du FAM « Simone Veil » sont implantés dans le lieu-dit « le Village Sant Michel », allée Eugénie Paris 15ème. Les autres structures constituant l'EAM sont proches. L'ensemble des structures est en proximité géographique d'un quartier commerçant, proche des transports (métro, bus, tramway). L'environnement extérieur de l'établissement est sécurisant.
4.1.2	Environnement	<u>L'insertion dans la population locale</u>	Le projet d'établissement actuel du FAM et du CAJ fait état de recherche de partenariat avec la maison des associations, l'accès aux gymnases et piscines de l'arrondissement dans des créneaux scolaires, avec des associations sportives et culturelles, les commerçants du quartier, avec des établissements sanitaires et médico-sociaux en proximité dans le Village Saint Michel. Ces partenariats visent à favoriser la socialisation des adultes via les activités culturelles, sportives et proposent des activités pré professionnalisantes dans et hors les murs de l'EAM. Le préprojet du projet d'établissement de l'EAM Simone Veil prévoit de rechercher un partenariat avec : -).

4.2. Coordination avec les autres secteurs

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.1.3	<u>Partenariat éventuel avec un centre médico-psychologique (CMP)</u>	Un partenariat existe entre l'EAM et le CMP situé rue Lecourbe (Paris 15e).
4.1.4	<u>Convention ou partenariat éventuels avec des centres spécialisés</u>	Les consultations ophtalmologiques sont réalisées par plusieurs ophtalmologues, car les résidents concernés ont chacun un ophtalmologue qui les suit. Les consultations auprès des cardiologues se font pour deux résidents qui en ont besoin d'un tel suivi. Les consultations buccodentaires se font auprès du réseau Rhapsod'if (siège réseau à Ivry-sur-Seine) ou du centre 158 Croix Nivert (Paris 15e).
4.1.6	<u>Convention avec des ESSMS</u>	L'établissement est en lien avec les autres structures du village. Il n'a pas été communiqué de conventions à la Mission d'inspection.
4.1.7	<u>Autres conventions</u>	Il a été évoqué, lors des entretiens un partenariat avec un service d'un hôpital spécialisé pour la réalisation d'évaluation et avec un service facilitant les consultations avec les personnes handicapées. Ces partenariats ne font pas l'objet d'une convention
4.1.8	<u>Convention avec une officine en pharmacie</u>	Convention avec une officine en pharmacie <i>Pharmacien référent désigné</i> La convention avec la pharmacie d'officine Desnouettes (Paris 15 ^{ème}) précise le nom du pharmacien référent de l'EAM Simone Veil. Cette convention est établie le 7 octobre 2021 pour une durée indéterminée. <i>Choix des usagers de la pharmacie Desnouettes</i> La convention comporte une partie relative au respect de la liberté du résident, mais elle n'exige pas que les usagers signent un accord du choix de cette pharmacie. <i>Fréquence de livraison</i> La fréquence de livraison est hebdomadaire ainsi qu'en situation de routine ou d'exception (urgence). <i>Modalités de retour et élimination des médicaments</i> Les modalités de retour et d'élimination des médicaments y sont consignées. <i>Le circuit des stupéfiants</i>

N°LIGNE	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La délivrance, le transport, le retour des stupéfiants non utilisés n'est pas indiqué dans la convention avec la pharmacie. Les résidents de l'EAM Simone Veil n'ont pas de prescription de stupéfiants. <i>La vérification des médicaments stockés dans l'EAM par le pharmacien sur site</i> Une vérification sur site des médicaments qui y sont stockés par le pharmacien référent n'est pas notée dans la convention. Remarque 41 : La convention avec la pharmacie d'officine ne prévoit aucune vérification sur site par le pharmacien référent des médicaments qui y sont stockés. <i>La réalisation du double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA)</i> Le double contrôle des PDA est assuré par les infirmières de l'EAM.

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

<u>Écart 1 :</u>	L'établissement n'a pas prévu les dispositions obligatoires concernant les mesures à prendre en cas d'urgences et de situations exceptionnelles ce qui contrevient à l'article R 311-35 du CASF.	16
<u>Écart 2 :</u>	L'établissement ne procède pas à l'affichage des comptes rendus du CVS ce qui contrevient à l'article D 311-32 du CASF.	22
<u>Écart 3 :</u>	Le dernier compte-rendu du conseil de la vie sociale n'était pas affiché le jour de l'inspection (article D311-38-4 CASF).	23
<u>Écart 4 :</u>	Le projet d'établissement n'énonce que des principes généraux sur la thématique « bientraitance » sans précision de mise en œuvre ni précisions concernant le dépistage de la maltraitance, ce qui ne respecte pas l'article L311.8 du CASF.	28
	Il n'y a pas de sessions de formation spécifiques et régulières, ni de séances de sensibilisation organisées en continu ; la procédure spécifique est récente et insuffisamment diffusée auprès des professionnels. Il n'a pas été retrouvé de mention sur la bientraitance dans le livret d'accueil usagers.	28
<u>Écart 5 :</u>	L'établissement ne déclare pas aux autorités de tarification et de contrôle l'ensemble des évènements indésirables concernant le circuit du médicament, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	35
<u>Écart 6 :</u>	L'équipe soignante ne dispose pas actuellement du concours d'un psychiatre ou d'un médecin, ce qui remet en question la sécurité et la qualité de la prise en soins des usagers accompagnés comme prévu par l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	38
<u>Écart 7 :</u>	L'établissement ne procède pas à la vérification des diplômes et de l'inscription ordinaire des professions réglementées, ce qui contrevient aux articles L 4311-15 du CSP , L 4341-2 du CSP.	39
<u>Écart 8 :</u>	Les professionnels participant à la distribution des médicaments n'ont pas bénéficié de la formation par un professionnel infirmier ce qui contrevient à l'article R 4311-4 CSP .	40
<u>Écart 9 :</u>	En positionnant un salarié sur un poste d'aide-soignant sans qu'il ait fourni la preuve d'une autorisation d'exercice en lien avec son diplôme obtenu à l'étranger, l'établissement contrevient aux articles L 4391-1 et L4391-2 du CSP	44
<u>Écart 10 :</u>	Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas paraphé par le maire ce qui contrevient à l'article R 331-5 du CASF .	45
<u>Écart 11 :</u>	Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie ne sont pas remis au résident ou à son représentant légal, ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF.	46
<u>Écart 12 :</u>	Les DLU ne sont pas élaborés au sein de l'EAM Simone Veil, ce qui pourrait présenter un risque en cas de transfert en urgence d'un usager dans un établissement de santé et nuire à sa sécurité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (1°) du CASF.	48
<u>Écart 13 :</u>	Une partie du dossier médical papier, à savoir l'ordonnance originale en cours de validité et les documents préparés pour une éventuelle hospitalisation ou consultation externe sont stockés dans des espaces qui ne ferment pas à clé, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-3 (4°) du CASF et L1110-4 du CSP.	48
<u>Écart 14 :</u>	L'établissement n'a pas mis en place de plans d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires de légionnelle, ce qui contrevient aux dispositions des articles 1, 2 et 3 de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, stockage et distribution d'eau chaude sanitaire dans les ESMS.	51

<u>Écart 15 :</u>	L'établissement n'a pas effectué le contrôle sanitaire applicable aux piscines et bassins accessibles au public ce qui contrevient aux articles D. 1332-1 et D. 1332-10 du CSP.	51
<u>Écart 16 :</u>	L'établissement ne s'est pas doté d'une procédure anti-fugue, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	53
<u>Écart 17 :</u>	Le livret d'accueil « FAM Simone Veil » ne contient pas les mentions obligatoires prévues dans la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004.	59
<u>Écart 18 :</u>	L'absence d'information à la MDPH des suites données aux orientations de la CDAPH (décision d'admission ou de refus) dans un délai de 15 jours contrevient à l'article R146-36 du CASF.	59
<u>Écart 19 :</u>	Un résident n'est pas suivi par un médecin traitant, ce qui nuit à la qualité de sa prise en charge médicale et contrevient aux dispositions de l'article L331-3 (1°) du CASF.	62
<u>Écart 20 :</u>	Le contenu des dossiers médicaux « informatisés » se limite à quelques transmissions infirmières, tandis que la plupart de ses sous-dossiers (e.g. ordonnances, comptes rendus, résultats d'exams) sont actuellement vides. Ce contexte de prise en charge nuit à la sécurité du résident ainsi qu'à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	64
<u>Écart 21 :</u>	L'évaluation médicale à l'admission (i.e. anamnèse, bilan clinique initial, traitement à l'admission, conclusion), les observations de suivi et la synthèse médicale annuelle étaient absentes dans tous les dossiers médicaux analysés, contexte qui nuit à la sécurité ainsi qu'à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	65
<u>Écart 22 :</u>	Les transmissions au sein de l'équipe soignante, orale ou écrites, sont rares et non formalisées. Ce contexte nuit à la sécurité du résident ainsi qu'à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF et à l'article R4312-35 du CSP.	66
<u>Écart 23 :</u>	La liste départementale des personnes qualifiées n'est pas à disposition des résidents et des familles, ce qui contrevient aux articles L 311-3, 5 et L 311-3, 6 du CASF.	67
<u>Écart 24 :</u>	L'établissement n'a pas développé de dispositif concernant la désignation de la personne de confiance dans un délai de 15 jours ce qui contrevient à l'article D311-0-4 CASF	67
<u>Écart 25 :</u>	En 2024, le suivi de l'état nutritionnel des résidents accompagnés n'est pas mensuel, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (3°) du CASF.	73
<u>Écart 26 :</u>	L'utilisation de la salle d'apaisement en l'absence d'actualisation des protocoles individuels établis par un médecin contrevient aux articles L 311-3 1° et 3° du CASF.	78
<u>Écart 27 :</u>	La continuité des soins infirmiers du week-end et des jours fériés n'était pas assurée au moment de l'inspection sur site, ce qui constitue un risque pour la sécurité des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (1°) du CASF.	80
<u>Écart 28 :</u>	La traçabilité du relevé des températures du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles n'est pas quotidienne, contexte qui nuit à la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF. Et aux RBPP sur le circuit du médicament.	85
<u>Écart 29 :</u>	Un chariot ou un sac d'urgence n'étaient pas disponibles au sein de la structure le jour de l'inspection sur site, contexte qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions des articles L311-3 (1°) et D344-5-6 du CASF.	85

<u>Écart 30 :</u>	Le numéro d'appel et la conduite à tenir en cas d'urgence vitale ne sont pas affichés au sein de l'infirmerie, ce qui nuit à la sécurité de la prise en charge des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.	86
<u>Écart 31 :</u>	Un projet de soins individualisés et un plan de soins ne sont pas établis pour chaque résident, contexte qui nuit à la sécurité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.	86
<u>Écart 32 :</u>	La fréquence de réactualisation des fiches de liaison n'est pas connue par les soignants, ni par le professionnel responsable de cette réactualisation, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.	88
<u>Écart 33 :</u>	L'absence de signalisation de l'emplacement du DAE et sa localisation au jour de l'inspection ne le rendent pas appareil facilement accessible et ne permettent pas son utilisation par toute personne présente dans l'enceinte de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions des articles 1 et 3 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.	88
<u>Écart 34 :</u>	Le protocole de prise en charge de la douleur (hormis celle à localisation abdominale) à l'attention des professionnels de l'EAM n'est pas élaboré, contexte qui nuit à la prise en charge de qualité des résidents accompagnés et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF, aux articles L1110-12 et R4312-19 du CSP et à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2022.	89
<u>Écart 35 :</u>	Il n'existe pas de dossier de soins infirmier formalisé, ni de plan de soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4312-35 du CSP	91
<u>Écart 36 :</u>	La traçabilité de l'administration des médicaments à chaque résident n'est pas systématiquement consignée sur son plan d'administration, ce qui nuit à la sécurité et à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF et aux articles R4311-3 et R4312-35 du CSP.	91
<u>Écart 37 :</u>	La transmission à la pharmacie d'officine par l'établissement de façon non sécurisée des ordonnances des résidents, qui contiennent des données médicales nominatives contrevient à l'article L311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD.	93
<u>Écart 38 :</u>	Le stock de médicaments pour besoins urgents n'est pas constitué à partie d'une liste préétablie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R5126-108 du CSP.	94
<u>Écart 39 :</u>	Des médicaments sont stockés dans les unités de vie, dans des armoires non dédiées à leur stockage, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R5126-109 du CSP	98
<u>Écart 40 :</u>	La traçabilité de l'acte d'administration de médicaments aux résidents n'est pas systématiquement assurée, ce qui nuit à la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 (1°) du CASF.	101

5.1. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Le règlement intérieur fourni à la mission ne comporte pas de date et de signature.	16
<u>Remarque 2 :</u>	L'encadrement des professionnels de soins s'effectue par la direction et la chef de service, en l'absence d'un cadre infirmier et d'un médecin.	21

<u>Remarque 3 :</u>	L'établissement, qui a procédé le jour de l'inspection à la mise en conformité des affichages en direction des usagers, n'a pas affiché la dernière enquête de satisfaction.	22
<u>Remarque 4 :</u>	La procédure ÉTHIQUE D'UTILISATION DE LA SALLE D'APAISEMENT qui prévoit que l'installation d'un dispositif de suivi par caméra doit faire l'objet d'un avis du Conseil de la Vie Sociale (CVS) n'a pas été soumis au CVS.	23
<u>Remarque 5 :</u>	il n'y a pas de session spécifique et régulière ni au plan de formation 2024 ni à celui 2025 concernant une formation régulière des équipes aux techniques comportementales et aux stratégies de désescalade de la violence et sur la gestion des comportements et techniques d'apaisement dans les procédures transmises.	31
<u>Remarque 6 :</u>	D'après le PACQ, deux actions correctrices restent à finaliser au jour de l'inspection : Communiquer les plaintes et réclamations aux parties prenantes et les transmettre aux autorités tarifaires, au CVS et en réunion d'équipe (statut : en cours ; échéance : 31/12/2025) ; Organiser l'analyse des plaintes et réclamations" à l'ordre du jour des réunions d'équipe afin de co construire des actions correctives 30/11/2025 (statut : en cours ; échéance : 30/11/2025).	33
<u>Remarque 7 :</u>	L'établissement n'a pas communiqué de protocole ou de procédure concernant les nouveaux arrivants et qui aurait été transmis aux salariés pour sa mise en œuvre.	41
<u>Remarque 8 :</u>	L'établissement jusqu'au 23 février 2025, n'organisait pas la prise en charge en soins par une IDE.	43
<u>Remarque 9 :</u>	La direction n'a pas fait signer les fiches de poste aux salariés.	43
<u>Remarque 10 :</u>	L'état des lieux des logements ne figure pas dans le dossier administratif du résident.	46
<u>Remarque 11 :</u>	Une partie des soignants n'ont pas reçu leurs identifiants individuels d'accès au SharePoint qui sert de support pour les dossiers médicaux « informatisés » des résidents et pour les transmissions soignantes ciblées.	49
<u>Remarque 12 :</u>	Les mesures demandées par la commission de sécurité lors de son passage le 07/12/2023 n'ont pas été levées.	53
<u>Remarque 13 :</u>	Il est évoqué la réalisation d'une période d'essai de 15 jours dans le processus d'admission qui n'est pas mentionné dans le projet d'établissement.	56
<u>Remarque 14 :</u>	La présentation des livrets d'accueil de chacune des structure constituant l'EAM Simone Veil n'est pas harmonisée et les informations contenues dans les livrets d'accueil ne sont pas actualisées.	59
<u>Remarque 15 :</u>	Les modes de réponse aux familles et services demandeurs ne sont pas harmonisés.	59
<u>Remarque 16 :</u>	Selon le projet d'établissement, le rythme des réunions de groupe est hebdomadaire. Les comptes-rendus transmis ne permettent pas à la mission d'inspection de s'assurer du respect de cette fréquence.	61
<u>Remarque 17 :</u>	Les dix dossiers médicaux papier analysés ne comportaient pas les carnets de santé des résidents.	63
<u>Remarque 18 :</u>	Les fiches de liaison et des récapitulatifs des informations médicales informatisées ne sont pas localisés au niveau du SharePoint au même endroit que les dossiers médicaux « informatisés », contexte qui conduit à une dispersion de l'information médicale des résidents accompagnés.	65
<u>Remarque 19 :</u>	Les professionnels de l'EAM n'ont pas bénéficié récemment d'une sensibilisation à la détection des troubles de la déglutition et d'une formation à la conduite à tenir en cas de fausse route.	71

<u>Remarque 20 :</u>	Le protocole nommé « Protocoles en situation d'urgence & Conduites à tenir quand les infirmiers sont absents », comportant par ailleurs la conduite à tenir en cas de fausse route, n'est pas connu par les professionnels interviewés.	71
<u>Remarque 21 :</u>	Les prescriptions de régimes ne sont pas retrouvées dans les dossiers médicaux des résidents	71
<u>Remarque 22 :</u>	Le protocole du suivi nutritionnel des résidents n'est pas établi.	72
<u>Remarque 23 :</u>	L'équipement utilisé actuellement pour la mesure mensuelle du poids n'est pas adapté au profil de certains résidents accompagnés au sein de l'EAM.	72
<u>Remarque 24 :</u>	Le circuit du linge n'est pas respecté au regard des RBPP de la haute autorité de santé (HAS)	74
<u>Remarque 25 :</u>	La copie des diplômes et des contrats de travail des infirmiers exerçant au sein de l'EAM Simone Veil n'ont pas été communiqués à la mission d'inspection.	80
<u>Remarque 26 :</u>	Une partie des copies des diplômes et des contrats de travail d'aides-soignants n'ont pas été communiqués à la mission d'inspection, notamment pour ceux en CDD.	81
<u>Remarque 27 :</u>	La présence d'au moins un aide-soignant par jour au sein de l'EAM n'est assurée que pour un quart ou la moitié des jours des mois analysés.	82
<u>Remarque 28 :</u>	Aucune procédure ne prévoit le contrôle régulier des dates de péremption : du stock pour les besoins urgents, des chariots de distribution des médicaments, du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles.	84
<u>Remarque 29 :</u>	Les protocoles et les procédures de soins ne comportent ni leur date d'élaboration, ni les noms et les fonctions des professionnels ayant participé à leur rédaction et à leur validation.	90
<u>Remarque 30 :</u>	La procédure en cas de chute d'un usager ne précise pas quels signes de gravité sont à rechercher et à exclure, afin que la prise en charge du résident chuteur puisse se poursuivre si possible au sein de l'EAM.	91
<u>Remarque 31 :</u>	Aucun audit du circuit du médicament n'a été réalisé depuis 2023 au sein de l'EAM Simone Veil.	92
<u>Remarque 32 :</u>	Certains médicaments délivrés par la pharmacie d'officine dans les piluliers Oréus [™] sont déblistés, ce qui ne permet pas d'effectuer un contrôle avant leur administration.	93
<u>Remarque 33 :</u>	Les deux infirmières qui exercent en tant que vacataires au sein de l'EAM, n'ont pas d'identifiants personnels leur permettant un accès aux outils informatiques de la structure.	94
<u>Remarque 34 :</u>	L'ordonnance papier originale donne lieu à minimum deux copies qui font partie des supports papier du dossier médical de chaque résident de l'EAM.	95
<u>Remarque 35 :</u>	Le respect des durées maximales de prescription des psychotropes n'est pas effectif pour un tiers des ordonnances médicamenteuses comportant ce type de prescription.	96
<u>Remarque 36 :</u>	Les médicaments faisant partie de la liste préférentielle ne sont pas groupés par classe thérapeutique.	96
<u>Remarque 37 :</u>	Le réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles comportait des denrées alimentaires lors de la visite sur site, ce qui ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. (https://www.omedit-normandie.fr/media-files/20422/guide-pst-aff.pdf)	98
<u>Remarque 38 :</u>	La traçabilité de la vérification des dates de péremption des médicaments, quel que soit leur lieu de stockage, n'est pas effective.	99

<u>Remarque 39 :</u>	Les professionnels soignants et socioéducatifs réalisant l'aide à la prise des médicaments ne sont pas tous formés à cet effet par les IDE, contrairement aux recommandations de l'Omedit IDF et à l'article L.313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.	100
<u>Remarque 40 :</u>	La procédure de délégation d'administration des médicaments ne couvre que la période diurne.	100
<u>Remarque 41 :</u>	La convention avec la pharmacie d'officine ne prévoit aucune vérification sur site par le pharmacien référent des médicaments qui y sont stockés.	104

6. Conclusion

L'inspection – contrôle sur pièces et sur site de l'EAM Simone Veil, géré par AeIDF a été réalisé à compter du 13 février 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

Gouvernance :

- Mise en place d'une politique de bientraitance et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Fonctions support :

- Formalisation de procédures budgétaires et financières.
- Entretien régulier des bâtiments et sécurité assurée par un PPMS.

Prises en charge :

- Respect du droit des personnes avec la signature des documents obligatoires (contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement).
- Organisation des soins conforme aux recommandations.

Relations avec l'extérieur :

- Mise en réseau avec des partenaires sanitaires et sociaux.

La mission d'inspection a relevé **40 écarts et 41 remarques** relatifs à des dysfonctionnements majeurs en matière de :

Gouvernance :

- L'absence de transmission des évaluations internes obligatoires depuis 2022.
- Un projet d'établissement caduque depuis 2022.
- Le manque d'outils de pilotage de la qualité et des risques.

Fonctions support :

- Le dossier d'évaluation des risques professionnels en cours de finalisation.
- L'inadéquation entre les ressources humaines disponibles et les besoins identifiés des usagers.
- L'absence de Document Unique d'Évaluation des Risques (DUERP) mis à jour.

Prises en charge :

- Le manque d'actualisation de certains projets personnalisés.
- L'absence de preuve de la co-construction systématique des projets avec les usagers.
- Soins :
 - Des écarts dans la documentation des soins et la coordination des équipes soignantes.
 - Une traçabilité des soins et la gestion de certains traitements peu développée.
 - Un circuit du médicament à sécuriser.
 - La délégation de l'administration des médicaments par l'IDE n'a pas été transmise.
 - L'absence de médecin impactant le suivi et la coordination des soins en direction des résidents

Relations avec l'extérieur :

- Une faible formalisation des partenariats dans les domaines du soin et de la vie sociale.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et de mise en conformité.

Saint Denis, le 10 mai 2025.

[REDACTED]

Coordonnatrice
Inspectrice de l'action sanitaire et
sociale

[REDACTED]

Médecin inspectrice de santé
publique

[REDACTED]

Inspectrice de l'action sanitaire et
sociale

[REDACTED]

Chargée du contrôle des ESMS
parisiens,

[REDACTED]

Chargée du contrôle des ESMS
parisiens,



7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CVS : Conseil de la vie sociale

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EAM : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI/EIGG : Évènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Équivalent temps plein

HACCP : « *Hazard Analysis Critical Control Point* »

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

IDE : Infirmier diplômé d'État

MédCo/MEDEC : Médecin coordonnateur

PE : Projet d'établissement

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

8. Annexes

Annexe 1 Note relative à la personne qualifiée :



Délégation départementale de Paris
Agence régionale de Santé
Île de France

Saint Denis, le 2 Juin 2025

Annexe 1 du rapport d'inspection.

Référence : 2025_IDF_00006

Objet : Note de la personne qualifiée en sa qualité de médecin - inspection du 13/02/2025 au sein de l'EAM SIMONE VEIL-75015 Paris.

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EAM Simone VEIL situé au 5 allée Eugène- 75015 Paris, numéro finess 750048753, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par la Ville de Paris.

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- Pour l'ARS :
 - o Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, inspection régionale santé et autonomie
 - o Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, inspection régionale santé et autonomie
 - o Madame [REDACTED] médecin inspectrice de santé publique, inspection régionale santé et autonomie

Accompagnée de :

- o Madame [REDACTED], conseillère médicale désignée en tant que personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 du CSP.

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

– Pour la Ville de Paris :

- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESM8 parisiens, direction des Solidarités, désignée par la maire de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF,
- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESM8 parisiens, direction des Solidarités, désignée par la maire de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF.

Ce contrôle a été réalisé sur site le 11 février 2025, de manière inopinée

Le périmètre des investigations de la personne qualifiée a été établi en fonction des informations concernant :

– Prises en charge

- Soins

Ces observations interviennent en complément des autres éléments en lien avec les soins détaillés dans le rapport d'inspection.

3.2.8 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

Les transmissions entre professionnels de l'équipe soignante au sein du « pôle soins » prennent les formes suivantes :

- Par écrit au moyen d'un SharePoint,

Les transmissions écrites de l'équipe soignante se situent sur le Sharepoint contenant les dossiers médicaux des résidents. L'analyse du contenu de l'ensemble des transmissions montre que ces transmissions sont rares, narratives, et le plus souvent imprécises.

La fréquence des transmissions renseignées varie d'un résident à l'autre. Sept transmissions soignantes ont été réalisées en moyenne pour chaque résident en 2024, sept résidents n'avaient aucune transmission soignante renseignée en 2025 au moment de l'inspection sur site. Elles se font à l'occasion d'un problème aigu et non de façon systématique.

On note que certains professionnels vacataires n'ont pas reçu leurs codes d'accès, et ne peuvent donc pas utiliser ce support.

- Par écrit de façon informelle,

Il existe quelques transmissions écrites informelles, sur des carnets situés dans le poste de soins.

- Il n'existe pas de transmissions orales formalisées.

Un écart à la réglementation est donc à définir, il est inscrit en écart 21 : Les transmissions au sein de l'équipe soignante, orale ou écrites, sont rares et non formalisées. Ce contexte nuit à la sécurité du résident ainsi qu'à la qualité de sa prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.

3.4.8 Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes, les régimes

Plusieurs résidents nécessitent des régimes spéciaux, notamment sans gluten et diabétique. Lors des entretiens, il a été décrit que les régimes font tous l'objet d'une prescription. Cependant, ces prescriptions ne sont pas retrouvées dans les dossiers médicaux papiers et informatisés analysés.

Une remarque est à notifier, inscrite dans le rapport en remarque 28 : Les prescriptions de régimes ne sont pas retrouvées dans les dossiers médicaux des résidents.

3.3.1 La traçabilité des soins

L'analyse des dossiers des résidents, sur support papier dans le poste de soins, et sur support informatique, montre qu'il n'existe pas de dossier de soins formalisé utilisé par les IDE et AS, ni de plan de soins. Les soins prodigués aux résidents ne peuvent donc pas être tracés.

Un écart est à notifier, il est inscrit dans le rapport en écart 37 : *il n'existe pas de dossier de soins infirmier formalisé ni de plan de soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4312-36 du CSP.*

3.8.3 Les moyens de transmissions entre l'EAM et l'officine de pharmacie

La communication des informations portant sur les traitements des résidents, notamment les ordonnances, entre l'établissement et l'officine de pharmacie avec laquelle l'établissement a établi une convention, se fait par courriel.

La messagerie utilisée pour cette communication n'est pas une messagerie sécurisée, et ne peut donc pas être utilisée pour la transmission de données nominatives de santé.

Un écart est à notifier, inscrit dans le rapport en écart 39 : *« La transmission par l'établissement de façon non sécurisée des ordonnances des résidents, qui contiennent des données médicales nominatives, contrevient à l'article L311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD. »*

3.8.4 Le stock de médicament pour besoins urgents

Le stock de médicaments pour besoins urgents est situé dans une armoire à médicaments, fermant à clé, située dans le poste de soins. Ce stock est constitué à partir de traitements nominatifs non consommés des résidents. Il n'existe pas de liste les recensant, et aucune ordonnance n'est émise pour le renouvellement du stock.

Un écart est à notifier, inscrit dans le rapport en écart 40 : *Le stock de médicaments pour besoins urgents n'est pas constitué à partir d'une liste pré établie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R6126-108 du CSP.*

3.8.14 Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)

Le stockage de médicaments dans les unités de vie.

Les piluliers préparés par la pharmacie sont scindés puis déposés deux fois par semaine par les IDE dans chaque unité de vie. Plusieurs jours de traitements sont donc stockés dans ces unités, hors du poste de soins, chaque semaine. Ces médicaments sont stockés dans des placards avec cadenas situés dans les salles communes des unités, où les résidents se restaurent.

Un écart est à notifier, inscrit dans le rapport en écart 41 : *Des médicaments sont stockés dans les unités de vie, dans des armoires non dédiées à leur stockage, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R6126-109 du CSP.*


Conseillère médicale du département
autonomie
Délégation départementale de Paris



Annexe 2 Lettre de mission des agents chargés de l'inspection-contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Direction départementale de Paris

Ville de Paris

Affaire suivie par [redacted]
Courriel : [redacted]@ars.sante.fr
& [redacted]@ars.sante.fr
et par [redacted]
Courriel : [redacted]

Madame [redacted] inspectrice de l'action
sanitaire et sociale, ARS IDF

Madame [redacted] inspectrice de l'action
sanitaire et sociale, ARS IDF

Madame [redacted] médecin inspectrice de
santé publique, ARS IDF

Madame [redacted] conseillère médicale,
ARS IDF

Madame [redacted] chargée du contrôle des
ESMS parisiens, Ville de Paris

Madame [redacted] chargée du contrôle
des ESMS parisiens, Ville de Paris

Saint Denis, le

Objet : Lettre de mission d'inspection – EAM SIMONE VEIL - 75015 Paris

Mesdames,

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

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

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

L'EAM Simone VEIL (FINESS n° 750048753) situé Village St Michel, 5 Allée Eugénie à Paris (75015) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances, respect des droits des personnes, vie sociale et relationnelle ;
- Gouvernance et adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue, relations avec l'extérieur, fonctions support ;
- Individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ;

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

- Prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents ;
- Application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA))

La mission débutera à compter du jeudi 13 février 2025 et sera assurée par :

- Pour l'ARS :

- o Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, inspection régionale santé et autonomie ;
- o Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, inspection régionale santé et autonomie ;
- o Madame [REDACTED] médecin inspectrice de santé publique, inspection régionale santé et autonomie.

Accompagnée de :

- o Madame [REDACTED] conseillère médicale désignée en tant que personne qualifiée en application de l'article L. 1421-1 du CSP.

- Pour la Ville de Paris :

- o Madame Sylvie ALCESILAS, chargée du contrôle des ESMS parisiens, direction des Solidarités, désignée par la maire de Paris au titre de l'article L. 133-2 du CASF ;
- o Madame Florence PEKAR, chargée du contrôle des ESMS parisiens, direction des Solidarités, désignée par la maire de Paris au titre de l'article L. 133-2 du CASF.

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

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

Les dispositions de l'article L. 1421-3 du CSP¹ et L. 133-2 du CASF² s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que l'équipe de la mission jugera utile de rencontrer.

À l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

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

Denis ROBIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,
L'adjointe de la sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités

D

¹ Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

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

3	Registres des délégués du personnel	Consultation	
4	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
5	Registre de recueil des événements indésirables (EI).	Consultation	
6	Classeurs des procédures en vigueur dans l'établissement.	Consultation	
7	Registre des réparations et de visites périodiques des équipements.	Consultation	
8	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
9	Supports de transmission, de suivi et de communication en interne.	Consultation	
		9 types de documents consultés sur place	

Documents à remettre par Blue Files :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail de tout le personnel.	Bluefiles	Les documents ont été transmis	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission de tout le personnel.	Bluefiles		
3	Document unique de délégation (DUD) du directeur et du chef de service	Bluefiles		
4	Subdélégation en vigueur dans l'établissement	Bluefiles		
5	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et PDF)	Bluefiles		
6	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Bluefiles		
7	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence de la direction (note/procédure)	Bluefiles		
8	Calendrier des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2024	Bluefiles		
10	Planning et CR des CODIR réalisés depuis le 01/10/2024	Bluefiles		
11	-Procédure accueil des nouveaux arrivants professionnels (stagiaire y compris) -Livret d'accueil nouvel arrivant professionnel	Bluefiles		
12	CR des réunions des équipes depuis le 01/09/2024	Bluefiles		
13	Projet d'établissement en vigueur	Bluefiles		
14	Projet de soins en vigueur (organisation des soins)	Bluefiles		
15	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
16	Le résultat des enquêtes de satisfaction 2023-2024 et retroplanning prévisionnel de 2025			
17	Dernier rapport d'évaluation interne, externe, autoévaluation.	Bluefiles		
18	Liste nominative des personnels CDD du 01/01/2024 au 01/02/2025	Bluefiles		
19	Registre unique du personnel (<i>tableau Excel</i>)	Bluefiles		
20	Plannings des équipes de soins jour/nuits des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des professionnels par unité ou secteur. Précision de la légende des sigles utilisés	Bluefiles		
21	Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Bluefiles	Les documents ont été transmis	
22	Procès-verbal de consultation des représentants du personnel			
23	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES et ES AMP ASS ME	Bluefiles		
	La fiche de paye du mois de janvier 2025 de tous les personnels			
24	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	Bluefiles		
25	CR du CSE du 01/01/2024 au 01/12/2024	Bluefiles		
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance				
26	Règlement de fonctionnement de l'EAM	Bluefiles		
27	Procédure des Projet d'accompagnement individualisé (PAI) (création et réactualisation et dates de synthèses prévues)	Bluefiles		
	Procédure du Projet d'accompagnement d'insertion Procédure d'accès au centre de jour			
28	Calendrier de mise à jour/réévaluation des projets d'accompagnements à l'EAM et du centre de jour	Bluefiles		
29	-Procédures et modalités de déclaration des évènement indésirables (EI, EIG, EIAS) au niveau de la structure et aux autorités de contrôle (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016) -Fiche support de déclaration	Bluefiles		
30	Procédure de gestion et suivi des évènements indésirables	Bluefiles		
31	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur les années N, N-1 et N-2, des EI-EIG, EIAS, le plan d'actions correctives mises en œuvre et, le cas échéant, leur déclaration aux autorités de contrôle (ARS-CD)	Bluefiles		
32	CR des RETEX-CREX réalisés depuis le 01/06/2024	Bluefiles		
33	Charte de confiance-non punitive à l'attention des salariés en cas de signalement	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
34	Procédure en lien avec la promotion de la bientraitance	Bluefiles	Les documents ont été transmis	
35	Procédure de signalement en cas d'agression ; déclaration des signalements effectués auprès des autorités	Bluefiles		
36	- Composition du CVS et date d'élection du CVS - CR des réunions des CVS 2024 -2025	Bluefiles		
37	Livret d'accueil des résidents- internat externat	Bluefiles		
38	Règlement de fonctionnement du CVS	Bluefiles		
39	Protocole organisant l'appel malade Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Bluefiles		
40	Plan Bleu	Bluefiles		
41	Protocole de prise en charge : -de la gestion des comportements problèmes -de la gestion de la salle de repas ou salle de retrait			
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge des résidents				
41	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Bluefiles	Les documents ont été transmis	
42	Procédure de traçabilité d'administration des médicaments	Bluefiles		
43	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés/Liste des médicaments écrasés	Bluefiles		
44	Procédure de délégation de la distribution des médicaments de jour	Bluefiles		
45	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	Bluefiles		
46	Livret thérapeutique ou liste des médicaments préférentiels si disponible sur l'EAM	Bluefiles		
47	Procédures d'administration des médicaments pour les usagers autonomes	Bluefiles		
48	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Bluefiles		
49	CR d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	Bluefiles		
50	Procédure d'élaboration des menus (diététicien, apport calorique/repas, prestataire, ...)	Bluefiles		
51	Tableau anonymisé des poids, l'âge, la taille et résultats d'albuminémie pour tous les résidents	Bluefiles		
52	Nombre de résidents ayant un médecin traitant Liste nominative indiquant le médecin traitant de chaque résident	Bluefiles		
53	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EAM	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
54	Conventions entre l'EAM avec les structures extérieures au titre de la continuité des soins : -Établissement de santé avec service d'urgences -CMP -Douleur -services de psychiatrie Service gynécologique Service buccodentaire	Bluefiles		
55	-Liste détaillée de tous les protocoles de soins -Les protocoles suivant : *préadmission et admission à l'EAM *procédure du bilan psychologique et psychiatrique *chute, *bilan psychologique /psychiatrique *déshydratation *contentions,	Bluefiles		
56	Protocole gestion des déchets DASRI le cas échéant	Bluefiles		
57	Convention avec prestataire pour enlèvement et traitement des DASRI du 1.1.24 au jour de l'inspection.	Bluefiles		
58	Récapitulatif des chutes du 01/02/2024 au 01/2/2025	Bluefiles		
59	Tableau des activités du centre de jour (3 derniers mois) Tableau des activités thérapeutiques et éducatives de l'EAM	Bluefiles	Les documents ont été transmis	
60	Liste des usagers par référents éducatifs, soins et ateliers thérapeutiques	Bluefiles		
61	Réunion avec la MDPH (compte rendu, prévisionnel réunion ...)	Bluefiles		
62	- Procédure(s) de gestion des comportements problèmes - Procédure et protocole(s) d'utilisation de la « salle calme ou apaisement » avec tableau de traçabilité 2023 et 2024 (s'il y en a une) - Comptes rendus des groupes d'analyse des pratiques - Mesures de soutien des professionnels face aux comportements problèmes : référence, formation, supervision - Comptes rendus des réunions d'analyse, de retour d'expérience pour donner suite à des situations de comportements problèmes	Bluefiles		
63	Protocole et accès de la salle : - SNOEZELEN - Balnéothérapie	Bluefiles		
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations				
64	Contrat avec les prestataires externes :	Bluefiles	Les documents ont été transmis	

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
	- nettoyage -restauration -ascenseur si présent -lingerie			
V-Autres				
65	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité.	Bluefiles	Les documents ont été transmis	
66	Rapport de vérification de la potabilité de l'eau 2024.	Bluefiles		
		66 types de documents à enregistrer sur Blue files		

Rappel réglementaire :

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

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

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

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

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

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

Annexe 4 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue

- La direction : 1 directrice générale, 1 directrice adjointe, 1 CSE
- La responsable qualité :1
- La responsable RH : 1- adjointe : 1
- CESF : 1
- L'infirmier : 1 IDE
- Aide-soignant : 1
- La psychologue :2
- Les usagers : 5 familles
- CVS : 1
- Les coordinateurs : 2
- L'agent technique : 1 AT et une maitresse de maison
- Les professionnels éducatifs : 4



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr