CONTRÔLE DES CONDITIONS
D'INSTALLATION, D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT
DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX
ARTICLES L 313-3 ET L 331-1 DU CASF

RAPPORT DEFINITIF

IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT : Institut médico-éducatif « Maison d'enfants de Moussaron »

Commune et département d'implantation : 32100 CONDOM (Gers)

n° FINESS : 32 078 041 4
n° SIRET : 397 120 304 00019

Raison sociale : établissement médico-social privé à but lucratif

Organisme gestionnaire : Société par actions simplifiée (SAS) dont la gérance est assurée par le Dr A D
(changement de forme juridique enregistrée au greffe du Tribunal de Commerce le 05 juillet 2006), immatriculée le 26 juin 1971.

Propriété des locaux : Société Civile Immobilière (SCI) dans laquelle Mme et M. D ont des parts.

Direction de l'IME : assurée par Mme Aurélie D à compter du 16 septembre 2013
(auparavant cette fonction était occupée par le Dr M -J D , directrice médicale).

Autorité administrative compétente : ARS Midi-Pyrénées exclusivement compétente avec financement par crédits d'Assurance Maladie.

SOMMAIRE

Introduction
Synthèse de la mission

I. L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

I.1. La conduite de l'institution
- **I.1.1. L'organigramme**
- **I.1.2. L'équipe de direction : composition, fonctionnement et continuité de la fonction de direction**
- **I.1.3. Le circuit de décision et la chaine des délégations**

I.2. L'équipe pluridisciplinaire
- **I.2.1. Les effectifs en place**
- **I.2.2. L'absentéisme et turn-over**
- **I.2.3. Les qualifications et diplômes**

II. OUTILS DE PILOTAGE

II.1. Le projet d'établissement
II.2. Les coopérations et l'ouverture sur l'extérieur
II.3. Les réunions institutionnelles et circuit de l'information
II.4. La politique managériale et la gestion des ressources humaines
- **II.4.1. Les fiches de poste**
- **II.4.2. L'organisation des équipes (plannings)**
- **II.4.3. L'organisation de la surveillance de nuit**
- **II.4.4. Les plans de formation**
- **II.4.5. La régulation et analyse des pratiques professionnelles**
- **II.4.6. La pratique des entretiens professionnels**

III. L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

III.1. La population accueillie
III.2. La procédure d'admission et d'accueil
III.3. La prise en charge des enfants
- III.3.1. Les conditions d'hébergement
- III.3.2. Les rythmes de vie
- III.3.3. L'accompagnement individualisé
- III.3.4 Les spécificités du public accueilli et les conditions de prise en charge
- III.3.5. La prise en charge médicale et soignante
  - III.3.5.1. Les soins somatiques et psychiatriques
  - III.3.5.2. Les soins de rééducation
  - III.3.5.3. Les soins infirmiers
  - III.3.5.4. Les soins de nursing
  - III.3.5.5. Les dossiers médico-sociaux
  - III.3.5.6. Les transmissions entre personnels soignants
  - III.3.5.7. Les protocoles de soins
  - III.3.5.8. La gestion des situations d'urgence
  - III.3.5.9. Les locaux de soins
- III.3.6. La gestion des médicaments
- III.3.7 La prise en charge éducative

III.4. Les relations avec les familles
- III.4.1. Les relations parents-professionnels
- III.4.2. Le Conseil de la vie sociale
- III.4.3. Le livret d'accueil
- III.4.4. Le règlement de fonctionnement et les droits des parents

IV. LA MAITRISE DES RISQUES INSTITUTIONNELS

IV.1. Le protocole de gestion des incidents et évènements indésirables
IV.2. Les conduites à tenir sur les situations de maltraitance
IV.3. Le procès-verbal de la commission d'arrondissement de Condom pour la sécurité, contre les risques d'incendie et de panique
IV.4. Les procès-verbaux des réunions du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
IV.5. La démarche d'évaluation interne

V. L'ANALYSE DES RECLAMATIONS TRANSMISES A L'ARS

INTRODUCTION

1 – Fondement du contrôle :
Inspection diligentée à la suite de plusieurs signalements adressés à l'ARS Midi-Pyrénées en 2013 (lettre de mission en annexe n°1)

2 – Equipe d'inspection :
- Mme Jeannine DOUMERC, Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale, Mission Inspection Contrôle et Audit - ARS Midi-Pyrénées, Coordonnatrice de la mission d'inspection
- Mme Sandrine PICH-TRAVESET, Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale, ARS Midi-Pyrénées - Toulouse
- Dr Ghislaine LAPALISSE, Médecin inspecteur de santé publique, Délégation Territoriale des Hautes Pyrénées – DTARS 65
- Dr Armelle SAUTEGEAU, Médecin inspecteur de santé publique, Délégation Territoriale de la Haute Garonne – DTARS 31
- Mme Sophie COTTIN, Pharmacien inspecteur de santé publique – Direction de la santé Publique – Département de la sécurité des pratiques- ARS Midi-Pyrénées –Toulouse

3 – Référentiels juridiques et recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- **Code de l'action sociale et des familles (CASF) :**
  - Article L 313-13 CASF – contrôle du fonctionnement lié à l'autorisation
  - Article L 331-1 CASF – contrôle lié à la protection des populations vulnérables
  - Articles L 312.1, L 311.1 à L 311.11, L 312.8 à L 312.9, R 311.33 à R 311.38 (dispositions générales ESMS), D 312.11 à D 312.40 (Etablissements pour enfants déficients intellectuels), D 312.83 à D 312.94 (IME pour enfants polyhandicapés)

- **Code de la Santé Publique :**
  - Article L 1431-2-2°b CSP et 2°e – contrôle du fonctionnement des ESMS par les ARS
  - Article L 1421-1 CSP – contrôle de santé publique exercé par les 6 corps d'inspection
  - Articles R 5132-3 à R 5132-13, R 5125-25 à R 5125-49, R 5126-113 - circuit du médicament

- **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM**
- **Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la prise en charge de l'autisme et troubles envahissants du développement (TED)**
- **Projet régional de santé de l'ARS Midi-Pyrénées 2012/2017 et tout particulièrement le schéma régional de prévention (SRP) et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)**
- **Plan National Nutrition Santé (PNNS) et Guide Nutrition pour les enfants et les adolescents.**

4 – Conditions du contrôle :

L'inspection s'est déroulée les 9 et 10 juillet 2013 dans les locaux de l'IME et présentait un caractère inopiné et fait suite à deux interventions, l'un concernant le fonctionnement global de l'établissement, l'autre concernant la prise en charge d'un enfant.

Outre les professionnels interrogés sur leur poste de travail, la mission a rencontré 16 personnes en entretiens collectifs ou individuels :

- L'équipe de direction composée de 5 personnes dont le médecin pédopsychiatre de la structure, directrice de l'IME,
- 2 infirmiers diplômés d'état (IDE) (1 de jour et 1 de nuit),
- 1 rééducateur,
- 1 éducateur spécialisé et un moniteur éducateur,
- 7 aides médico-psychologiques ou aides soignants.

La mission s'est fait remettre les documents dont le détail figure en annexe n° 2 et a consulté sur place :

- les dossiers des personnels,
- 10 dossiers d'enfants,
- 3 cahiers de transmission,
- le classeur relatif à la procédure de déclaration des événements indésirables.

Le présent rapport a fait l'objet d'une procédure contradictoire, l'établissement ayant adressé sa réponse par envoi recommandé du 16 septembre 2013, réceptionné à l'ARS le 17 septembre 2013

Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité, d'un non-respect d'obligations légales et réglementaires opposables. Cet écart suivant son impact sur la prise en charge devient une <u>prescription</u> ou une <u>injonction</u>.
Une <u>préconisation</u> est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave détecté par la mission et qui ne peut pas être caractérisé au regard d'un référentiel juridique opposable. (Recommandations de l'Inspection Générale des Affaires Sociales - IGAS)

Dans le corps du rapport :	**« I »**	**signifie**	**Injonction**
	« P »		**Prescription**
	« Préco »		**Préconisation**

5- Les limites du contrôle :

La mission n'a pas, compte tenu du périmètre de la mission, de la durée limitée de l'inspection sur place et des documents incomplets ou difficilement exploitables, remis par l'établissement, examiné les thèmes suivants :

- Les caractéristiques détaillées de la population accueillie le jour de l'inspection : âges, origines géographiques, pathologies et handicaps, dynamiques de parcours, modes d'accueil des enfants…
- La question des règles de vie collective (les sanctions évoquées dans les projets de groupe),
- L'établissement face à la gestion des situations de crise,
- La répartition des personnels en journée, de semaine, de week-end,
- La spécificité juridique et financière de l'IME (SAS et SCI – 6 établissements en France).

6 – Présentation générale de l'établissement :

Implantation géographique : établissement situé à 4 km de Condom (32100), à quelques kms du Lot-et-Garonne et des Landes (région Aquitaine) et à 150 km de Toulouse.

Autorisations et capacité d'accueil, modes de prises en charge :
Dernier arrêté préfectoral du 8 février 2002 portant autorisation de 85 lits en hébergement permanent, répartis comme suit :

- 35 places pour enfants et adolescents de 3 à 20 ans, présentant des polyhandicaps,
- 50 places pour enfants et adolescents de 3 à 20 ans, présentant des déficiences moyennes et profondes avec troubles associés.

Toutefois, l'établissement a développé d'autres modes de prise en charge (accueil temporaire, séquentiel, internat de semaine...).

Type de population accueillie, zone de recrutement (*sources : entretiens, rapport d'évaluation interne 2012)* :
A ce jour, l'établissement accueille des enfants polyhandicapés (handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation).
Les autres enfants et adolescents sont atteints de pluri-handicaps à prédominance déficitaire (déficiences sévères et profondes) avec troubles associés caractérisés notamment par des troubles du comportement graves pouvant s'intégrer dans des troubles du spectre autistique.

Le recrutement est national et cible plus particulièrement les régions d'Aquitaine et d'Ile de France. Une admission en provenance du Val de Marne est prévue le 2 septembre malgré un courrier de l'ARS en date du 22 août 2012 conditionnant les recrutements hors région Midi-Pyrénées à une demande préalable auprès de l'ARS (annexe n°5).

Nombre de salariés et ETP : 100 agents pour 96,31 ou 97,55 ETP selon les sources (respectivement : *liste des personnels au 09/07/2013 et grille des effectifs au budget prévisionnel 2013),* soit un ratio d'encadrement global de 1,12 ou 1,13.

Convention collective nationale du travail applicable : CCNT des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du 26 août 1965.

Budget annuel fixé par l'ARS Midi-Pyrénées :

Valeur 2012 : Dépenses et recettes autorisées pour 5 121 130€ dont 4 998 695€ de produits de la tarification, soit un coût à la place de 58 808€

Valeur 2013 : Dépenses et recettes autorisées pour 5 121 130€ dont 4 980 121€ de produits de la tarification, soit un coût à la place de 58 589€ en baisse en raison de la reprise d'excédents au compte administratif (CA) 2011 d'un montant de 56 009€.

Particularités de l'IME : compte tenu du statut juridique (SAS gestionnaire de l'IME et SCI propriétaire des locaux) et du montage financier qui en découle, les dispositions du CASF relatives à l'approbation des dépenses liées aux investissements (dotations aux amortissements et frais financiers) ne sont pas directement applicables. Les incidences financières des investissements (entretien, renouvellement équipements, travaux, emprunts) sont ainsi englobées dans le montant de la redevance locative perçue par la SCI sur le budget de fonctionnement de l'IME qui est approuvé par groupe de dépenses et non compte par compte. Le montant de cette redevance est de 250 382€ au compte administratif 2012 et de 270 000€ au budget prévisionnel 2013.
Les dirigeants de la SAS et SCI ne soumettent donc pas à l'ARS de programme pluriannuel d'investissements ni ne déposent à ce titre, de plans d'aménagement ou de réfection des locaux.

SYNTHESE DE LA MISSION

Au travers des éléments analysés, la mission a mis en évidence de graves dysfonctionnements dans les conditions d'installation (locaux et équipements du bâtiment ancien et du château) et de fonctionnement (surveillance de nuit, contentions, organisation des soins infirmiers et circuit du médicament). Ces dysfonctionnements susceptibles d'affecter la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral, le respect de la dignité et de l'intimité des jeunes accueillis, ont donné lieu à des mesures conservatoires notifiées par courrier DGARS du 17 juillet 2013 : arrêt de toute nouvelle admission, arrêt des travaux en cours, sécurisation des soins infirmiers et du circuit du médicament, révision des pratiques de contention sous ses différentes formes.
Parmi les mesures conservatoires confirmées dans le rapport provisoire d'inspection, certaines ont été mises en œuvre entièrement : arrêt de toute nouvelle admission, arrêt des travaux en cours ; d'autres l'ont été partiellement : sécurisation des soins infirmiers et du circuit du médicament, révision des pratiques de contention sous ses différentes formes.
Les injonctions maintenues à l'issue de la procédure contradictoire concernent :

- le renforcement de l'équipe de nuit dans le bâtiment ancien ;
- le relogement provisoire des enfants hébergés dans le bâtiment ancien et au château.

D'autres injonctions, partiellement réalisées, sont également confirmées jusqu'à leur réalisation effective, à savoir le suivi infirmier et le circuit du médicament.

Bien que la mission ait relevé que les soins d'hygiène et de nursing des enfants les plus lourdement handicapés sont assurés, des prescriptions et des préconisations sont également formulées. Elles visent à ce que l'établissement évolue vers une gestion conforme au cadre règlementaire, une organisation et un fonctionnement répondant aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles du champ médico-social. Ces mesures, en partie prises en compte par l'établissement, portent notamment sur l'approche individualisée de la prise en charge, les rythmes de vie des enfants, le décloisonnement entre le soin et l'éducatif, la formation des personnels dans la prise en charge des troubles graves du comportement des jeunes ainsi que sur des questions éthiques.

Par ailleurs, la mission confirme que l'établissement ne s'inscrit pas dans les orientations du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale de l'ARS Midi-Pyrénées : la majorité des enfants et jeunes accueillis ne sont pas originaires du département ni de la région.

La mission a pris acte d'un certain nombre d'avancées de l'établissement dans la structuration du cadre institutionnel : rédaction de documents institutionnels en cours, construction des projets éducatifs de groupe, démarche d'évaluation interne, configuration d'une équipe de direction avec les composantes médicales, administratives et éducatives, équipe pluri-professionnelle, fiches de poste et entretiens annuels. A ceux-ci s'ajoute, depuis l'inspection, le changement de direction avec le resserrement de l'équipe d'encadrement.

Il n'en reste pas moins que la majorité des dysfonctionnements graves relevés par la mission se retrouve dans les précédents rapports d'inspection (1997, 2001 et 2002) ainsi que dans les procès-verbaux de visite de conformité (2001 et 2005) sans que la plupart des mesures correctives correspondantes n'aient été apportées. **Il est maintenant urgent d'y remédier, en mettant en œuvre toutes les injonctions, prescriptions et préconisations afin que la prise en charge de cet établissement soit enfin satisfaisante.**
Les inspecteurs considèrent que **l'absence de mise en œuvre effective, dans le calendrier fixé, des mesures proposées en vue de corriger les dysfonctionnements constatés laisserait perdurer une situation de maltraitance institutionnelle**. Un suivi rapproché des mesures à mettre en œuvre apparait indispensable pour s'assurer de leur effectivité. A défaut, la mission proposerait la nomination d'un administrateur provisoire (article L. 313-14 du CASF).

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
. L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	
.1. La conduite de l'institution	
.1.1. L'organigramme	L'organigramme concernant les postes de direction manque de visibilité et de clarté. Le poste de directrice médicale figure au premier rang dans la grille des effectifs, suivi du médecin dit « gérant », du directeur adjoint et de la directrice administrative. En tant que représentant juridique de l'établissement, le médecin gérant devrait être positionné au dessus des directions fonctionnelles. Sa place dans le fonctionnement institutionnel a été perçue par la mission comme assurant certaines fonctions de direction de l'établissement (représente la direction aux réunions du CHSCT par exemple, signataire de notes internes de fonctionnement). En l'absence de délégation de signature et de compétence, le médecin « gérant » remplit plusieurs fonctions : gestionnaire de la SAS, représentant de la SCI, cadre de direction et médecin de l'IME. La représentation schématique de l'organisation de la structure fait apparaitre : - Le lien hiérarchique entre la Directrice médicale et le service thérapeutique et de soins - Le lien hiérarchique entre le chef de service éducatif et les équipes éducatives. Le directeur adjoint et la directrice administrative se situent dans l'encadrement général de la structure. Au vu des entretiens réalisés, ils ne sont pas positionnés dans la fonction « accompagnements médico-sociaux ». Le directeur adjoint dispose d'attributions administratives sans que la mission puisse toutefois distinguer clairement ses fonctions exactes de celles de la directrice administrative. Ils sont souvent présents tous les deux aux mêmes réunions (cf. point II.3). De plus, le rapport d'évaluation interne prévoit dans son plan d'actions qu'il soit mobilisé pour superviser la mise en place du circuit du médicament, alors que cela doit incomber au service médical. La directrice administrative est positionnée comme le futur repreneur de la direction de l'IME. Ses missions actuelles reposent sur la mise en œuvre des dispositions résultant de la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (mise en place d'un conseil de la vie sociale, démarche d'évaluation interne et externe, élaboration des documents institutionnels). La date officielle de sa prise de fonction en tant que directrice de l'IME n'est pas connue et paraît s'inscrire dans le temps (moyen terme). **Préco : voir I.1.3**

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
1.2. L'équipe de irection : Composition, onctionnement, Continuité de la onction de direction	L'équipe de direction est composée de 5 membres à temps plein : Directrice médicale, Médecin gérant, Directeur adjoint, Directrice administrative et Chef de service éducatif. Le fonctionnement de cette équipe n'a pas été perçu clairement par la mission qui a été reçue et accompagnée par le médecin « gérant » (présentation de l'organisation et du fonctionnement de l'IME, visite des locaux, consultation des dossiers des personnels en sa présence...). La directrice médicale ne s'est pas présentée à la mission et n'a pas assisté aux deux premières rencontres organisées avec l'équipe de direction (présentation de la mission d'inspection et entretien collectif sur le pilotage de l'établissement). Son absence n'a pas été expliquée et elle n'est intervenue que le second jour pour exposer la prise en charge médicale des enfants. L'absence de fiche de fonction et de délégation de signature rend peu lisible le fonctionnement de l'équipe de direction qui se retrouve souvent surreprésentée dans certaines réunions ou instances. Il en résulte également une confusion des rôles notamment dans les fonctions de gestionnaire, de direction et les attributions administratives ou médicales. Le chef de service est le seul à disposer d'une fiche de fonction est détaillée et cohérente. L'équipe de direction se réunit tous les lundis matin mais la mission n'a pas eu connaissance des ordres du jour et du contenu des débats. En termes de continuité de la fonction de direction, les astreintes administratives ne sont réalisées que par les 3 cadres administratifs. La présence permanente des deux médecins sur le site laisse supposer une intervention en tant que de besoin.
.1.3. Circuit de décision et chaine des délégations	Il n'existe pas de document clarifiant le partage des responsabilités et des pouvoirs entre le médecin gérant et l'équipe de direction de l'établissement. Il n'y a pas de délégation de signature et de compétence formalisée par écrit entre le dirigeant de la SAS et la directrice puis entre la directrice et les autres membres de l'équipe de direction. Cette délégation est d'autant plus nécessaire en raison du statut juridique de l'organisme gestionnaire et de la présence de son dirigeant dans l'équipe de direction de l'IME. **<u>Préco1</u>: Clarifier l'organigramme conformément aux responsabilités et fonctions réellement exercées par les 5 membres de l'équipe de direction afin d'identifier les liens hiérarchiques et fonctionnels de chacun avec les professionnels de l'établissement.** **<u>Préco2</u> : Le nombre de membres de l'équipe qui apparaît disproportionné à la taille de l'établissement, doit être revu à la baisse au regard de la clarification de l'organigramme.** **<u>Préco3</u> : Rédiger des fiches de fonction pour les 4 cadres de direction qui n'en disposent pas à ce jour et établir des délégations de signature et de compétence du responsable juridique de la structure à leur égard.** **<u>P1</u> : La Directrice médicale positionnée en tant que directrice de l'établissement doit disposer du D.U.D. (document unique de délégation) tel que mentionné à l'article D312-176-6 du CASF.**

I. **L'organisation institutionnelle**

I.1. La conduite de l'institution

I.1.1. L'organigramme

I.1.2. L'équipe de direction : Composition, Fonctionnement, Continuité de la fonction de direction

I.1.3. Circuit de décision et chaine des délégations

Préco1 : Clarifier l'organigramme conformément aux responsabilités et fonctions réellement exercées par les 5 membres de l'équipe de direction afin d'identifier les liens hiérarchiques et fonctionnels de chacun avec les professionnels de l'établissement.

Nous avons revu l'organigramme de l'établissement (cf. pièce n° 1).

La directrice générale : Melle A ... D

Le médecin coordinateur : Mme le docteur M ... D

Le directeur adjoint : M. V ... L

Le chef de service : M. P ... L

Préco2 : Le nombre de membres de l'équipe qui apparaît disproportionné à la taille de l'établissement, doit être revu à la baisse au regard de la clarification de l'organigramme.

Le nouvel organigramme réduit l'équipe de direction à 4 personnes.

Préco3 : Rédiger des fiches de fonction pour les 4 cadres de direction qui n'en disposent pas à ce jour et établir des délégations de signature et de compétence du responsable juridique de la structure à leur égard.

Des fiches de fonction seront rédigées pour la directrice générale, le médecin coordinateur et le directeur adjoint. Des délégations de signature et de compétence du Président de la SAS vers les cadres de direction seront réalisées.

P1 : La Directrice médicale positionnée en tant que directrice de l'établissement doit disposer du D.U.D (document unique de délégation) tel que mentionné à l'article D312-176-6 du CASF.

En raison de la modification de l'organigramme, la directrice générale disposera du DUD.

Préco1 : La mission prend acte du changement de l'organigramme de direction.
L'organigramme produit (pièce n°1) doit être :

- modifié en ce qui concerne le titre de « directrice générale » en « directrice d'établissement » (cf. article D 312-176-6 et 7 CASF)
- complété par l'affichage des liens fonctionnels entre les différents professionnels de l'IME (éducatif-thérapeutique/soins notamment)
- complété par l'identification claire du positionnement de la directrice d'établissement en tant que responsable du projet global de chaque enfant intégrant les composantes soins et éducatifs.

Il est pris acte que le médecin gérant n'apparait plus dans l'organigramme et par conséquent n'exerce plus aucune fonction institutionnelle dans l'établissement.

Enfin, l'assistante sociale et le psychologue devront être rattachés sur le plan hiérarchique et fonctionnel à un responsable.

Cet organigramme doit être validé par l'instance décisionnelle de la structure gestionnaire.

Préconisation partiellement réalisée : délai immédiat.

Préco2 : Vu.

Préco3 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

P1 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
.2. L'équipe pluridisciplinaire	
.2.1.Les effectifs en place	*(source : liste des personnels au 09/07/2013)*

Direction		**Soins et rééducations**	
Médecin gérant	1,00	IDE	7,90
Directeur médical	1,00		
Directeur adjoint	1,00	Orthophonistes	0,90
Directeur administratif	1,00	Psychomotriciens	1,66
Chef de service éducatif	1,00	Masseurs kinésithérapeute	1,00
		Ergothérapeutes	1,00
Secrétaire	1,00		
		Educatif	
		Educateurs spécialisés	4,00
Aides soignants	3,00		
AMP	33,75	Educateurs jeunes enfants	0,50
Maitresse de maison	1,00	Moniteurs éducateurs	6,00
Conteuse	0,10		
Educatrice sportive	1,00		
Services généraux		**Divers**	
Cuisiniers	5,00	Contrats de prof	3,00
Entretien ménage	12,50	Remplacements AMP	4,00
Ouvriers d'entretien	2,00	AMP Non diplômés	2,00
TOTAL GENERAL	**96,31 ETP**		

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Constats : L'effectif communiqué ci-dessus ne correspond à celui détenu par la Délégation Territoriale 32 et fourni par l'établissement dans son budget prévisionnel 2013 qui retient un effectif total de 97,55 ETP soit un écart de 1,24 ETP. L'établissement comporte la plupart des composantes d'une équipe pluridisciplinaire tel que mentionnée aux articles D312.21, D312.25 du CASF (IME pour déficients intellectuels) et D312.88 du CASF (IME pour enfants polyhandicapés). A noter l'intervention d'un médecin de médecine physique et de réadaptation à raison d'une consultation mensuelle pluridisciplinaire. Cependant, on note l'absence d'équipe pédagogique, d'un psychologue clinicien et d'un assistant social. **P2 : Une réflexion générale doit être conduite sur la grille des effectifs actuels notamment sur l'équipe de direction et les IDE (cf. § III.3.5.4.).** **Le recrutement des professionnels manquants (psychologue, assistante sociale à temps partiel conformément aux articles D.312.24 et D312.88 du CASF) devra s'inscrire dans le cadre d'un redéploiement des moyens (cf. supra : écart des effectifs).**
I.2.2. Absentéisme et turn-over	*Source : liste des personnels et entretiens* Au jour de l'inspection, il est constaté : - 4 agents en congé de maladie (1 accident de travail, 3 arrêts en maladie ordinaire), - 1 agent en congé de maternité, 12 agents sont en CDD : - 8 faisant fonction d'AMP sont en cours de formation dont 6 en contrat de professionnalisation/qualification, 1 élève AMP et 1 veilleuse de nuit en cours de formation, - 2 faisant fonction d'AMP en CDD sans autre indication, - 1 éducateur spécialisé en fin de contrat de professionnalisation, - 1 IDE embauchée récemment en remplacement d'un congé de maternité. S'agissant des remplacements, l'établissement fait appel à du personnel généralement non qualifié, qu'il engage ensuite lors des départs des titulaires du poste. Sur des contrats de professionnalisation ou de qualification afin d'assurer des fonctions d'AMP, d'aides soignants ou de moniteurs éducateurs.
I.2.3. Qualifications et diplômes Les personnels à profession règlementée sont qualifiés (article L312-1-II-3ème alinéa	Sur les 57 dossiers de personnels à exercice professionnel règlementé qui ont été vérifiés : - 15 diplômes ne figurent pas dans les dossiers (11 AMP, 2 moniteurs éducateurs, 1 AMP veilleuse de nuit, 1 masseur kinésithérapeute) soit ¼ des dossiers. - 38 extraits de casier judiciaire n°3 n'ont pas été communiqués à l'établissement, soit les 2/3 des dossiers.

I.2. L'équipe pluridisciplinaire

I.2.1. Les effectifs en place

P2 : Une réflexion générale doit être conduite sur la grille des effectifs actuels notamment sur l'équipe de direction et les IDE.

Compte tenu de la population accueillie à ce jour avec des enfants lourdement handicapés nécessitant des interventions fréquentes relevant de la compétence d'un IDE (encombrement bronchique nécessitant une aspiration, mise sous oxygénothérapie, état de mal convulsif, hyperthermie majeure d'origine centrale, alimentation par gastrostomie nocturne…), nous souhaitons maintenir l'option organisationnelle d'une infirmière de nuit.

Le recrutement des professionnels manquants (psychologue, assistante sociale à temps partiel conformément aux articles D. 312.24 et D312.88 du CASF) devra s'inscrire dans le cadre d'un redéploiement des moyens (cf. : écart des effectifs de 1,24 ETP).

Nous envisagerons le recrutement d'un psychologue et d'une assistante sociale à temps partiel à condition que nous ayons le financement sachant que nous devons recruter :

- 3ETP pour un veilleur de nuit (AMP ou AS) supplémentaire (cf. I2)

- 1 ETP (AMP ou AS) sur la section Polyhandicap (modification des horaires jusqu'à 20H : cf. P10 et P11)

I.2.2. Absentéisme et turn-over

I.2.3. Qualifications et diplômes – Les personnels à profession règlementée sont qualifiés (article L312-1-II-3ème alinéa CASF) – Le bulletin n°3 du CJN est demandé pour tous les personnels (article L133.6 CASF)

P3 : Les documents « diplômes et bulletin n° 3 du CJN » sont à produire pour certains professionnels ; la liste des diplômes manquants est jointe à l'annexe n° 3. L'établissement doit exiger de l'ensemble des personnels la production de l'extrait de casier judiciaire n°3.

Nous avons engagé cette démarche. Nous aurons à notre disposition dans les meilleurs délais les diplômes et les extraits de casier judiciaire n° 3 manquants.

II. Outils de pilotage

II.1. projet d'établissement

P4 : Produire un projet d'établissement conforme aux éléments cités aux articles L311.8, D311.38, D312.38 CASF et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM à savoir :

- **Les principes éthiques et règles déontologiques guidant les pratiques des professionnels et de l'institution.**
- **Les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques de l'établissement**

[redacted]

P2 :

[redacted] en l'absence d'argumentation détaillée et quantifiée sur la nature et la fréquence des interventions de nuit des IDE.
Par ailleurs, il convient de rappeler que certaines tâches citées peuvent être confiées à des AS formées.
Délai : décembre 2013

[redacted] en ce qui concerne le recrutement des professionnels manquants qui doit s'inscrire dans le cadre d'un redéploiement des moyens.
Délai : décembre 2013

Voir I2 du point II.4.3. L'organisation de la surveillance de nuit.

P3 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre: octobre 2013

P4 : => *voir page suivante*

Mb

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
:ASF) .e bulletin n°3 du CJN :st demandé pour ɔus les personnels article L133.6 CASF)	Pour les diplômes manquants, la direction indique qu'il s'agit essentiellement soit de personnels anciens, soit de très récents diplômés. L'absence des extraits de casier judiciaire avait été relevée dans le procès-verbal de visite de conformité de 2005. **<u>P3</u> : Les documents « diplômes et bulletin n° 3 du CJN » sont à produire pour certains professionnels; la liste des diplômes manquants est jointe à l'annexe n°3.** **L'établissement doit exiger de l'ensemble des personnels la production de l'extrait de casier judicaire n°3.**
I OUTILS DE PILOTAGE	
I.1.Projet l'établissement ɪn projet actualisé de :inq ans et moins et en ɪpplication (article L311-3 ; D312-155-4-1 CASF)	Le projet d'établissement est obsolète car il a plus de 5 ans : le document non daté a été élaboré en 2001. D'après la direction, les réflexions relatives au nouveau projet d'établissement seraient prévues au 4ème trimestre 2013 début 2014. **<u>P4</u> : Produire un projet d'établissement conforme aux éléments cités aux articles L311.8, *D311.38, D312.38* CASF et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM à savoir :** • **Les principes éthiques et règles déontologiques guidant les pratiques des professionnels et de l'institution** • **Les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques de l'établissement** • **Les modalités de mise en œuvre et les modalités de leur évaluation** • **Les collaborations avec les partenaires** • **Les dispositions d'animation de l'équipe, les programmes de formation et actions de soutien des personnels** • **La formalisation des procédures d'amélioration de la qualité** • **Un emploi du temps équilibré des enfants et adolescents** **Le projet d'établissement devra définir les caractéristiques de la population accueillie, le plateau technique approprié et les formations spécifiques pour les prendre en charge.** **La zone de recrutement devra également faire l'objet d'une réflexion eu égard à l'exigence de réponses de proximité prévue dans le Projet Régional de Santé et tout particulièrement le SROMS.** **Enfin, l'élaboration du projet d'établissement devra être conduite avec la participation active des personnels.** **En vue d'une cohérence globale et sur la base de ce projet d'établissement, seront revus les projets actuels de livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour qui seront soumis pour avis au CVS et aux instances représentatives du personnel.**

I.2. L'équipe pluridisciplinaire

I.2.1. Les effectifs en place

P2 : Une réflexion générale doit être conduite sur la grille des effectifs actuels notamment sur l'équipe de direction et les IDE.

Compte tenu de la population accueillie à ce jour avec des enfants lourdement handicapés nécessitant des interventions fréquentes relevant de la compétence d'un IDE (encombrement bronchique nécessitant une aspiration, mise sous oxygénothérapie, état de mal convulsif, hyperthermie majeure d'origine centrale, alimentation par gastrostomie nocturne…), nous souhaitons maintenir l'option organisationnelle d'une infirmière de nuit.

Le recrutement des professionnels manquants (psychologue, assistante sociale à temps partiel conformément aux articles D. 312.24 et D312.88 du CASF) devra s'inscrire dans le cadre d'un redéploiement des moyens (cf. : écart des effectifs de 1,24 ETP).

Nous envisagerons le recrutement d'un psychologue et d'une assistante sociale à temps partiel à condition que nous ayons le financement sachant que nous devons recruter :

- 3ETP pour un veilleur de nuit (AMP ou AS) supplémentaire (cf. I2)

- 1 ETP (AMP ou AS) sur la section Polyhandicap (modification des horaires jusqu'à 20H : cf. P10 et P11)

I.2.2. Absentéisme et turn-over

I.2.3. Qualifications et diplômes – Les personnels à profession règlementée sont qualifiés (article L312-1-II-3ème alinéa CASF) – Le bulletin n°3 du CJN est demandé pour tous les personnels (article L133.6 CASF)

P3 : Les documents « diplômes et bulletin n° 3 du CJN » sont à produire pour certains professionnels ; la liste des diplômes manquants est jointe à l'annexe n° 3. L'établissement doit exiger de l'ensemble des personnels la production de l'extrait de casier judiciaire n°3.

Nous avons engagé cette démarche. Nous aurons à notre disposition dans les meilleurs délais les diplômes et les extraits de casier judiciaire n° 3 manquants.

II. Outils de pilotage

II.1. projet d'établissement

P4 : Produire un projet d'établissement conforme aux éléments cités aux articles L311.8, D311.38, D312.38 CASF et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM à savoir :

- **Les principes éthiques et règles déontologiques guidant les pratiques des professionnels et de l'institution.**
- **Les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques de l'établissement**

[redacted]

P2 :

[redacted] en l'absence d'argumentation détaillée et quantifiée sur la nature et la fréquence des interventions de nuit des IDE.
Par ailleurs, il convient de rappeler que certaines tâches citées peuvent être confiées à des AS formées.
Délai : décembre 2013

[redacted] en ce qui concerne le recrutement des professionnels manquants qui doit s'inscrire dans le cadre d'un redéploiement des moyens.
Délai : décembre 2013

Voir I2 du point II.4.3. L'organisation de la surveillance de nuit.

P3 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre: octobre 2013

P4 : => *voir page suivante*

126

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
ASF) ɜ bulletin n°3 du CJN ɜt demandé pour us les personnels ırticle L133.6 CASF)	Pour les diplômes manquants, la direction indique qu'il s'agit essentiellement soit de personnels anciens, soit de très récents diplômés. L'absence des extraits de casier judiciaire avait été relevée dans le procès-verbal de visite de conformité de 2005. **<u>P3</u> : Les documents « diplômes et bulletin n° 3 du CJN » sont à produire pour certains professionnels; la liste des diplômes manquants est jointe à l'annexe n°3.** **L'établissement doit exiger de l'ensemble des personnels la production de l'extrait de casier judicaire n°3.**
OUTILS DE PILOTAGE	
.1.Projet 'établissement ɔ projet actualisé de nq ans et moins et en pplication (article L311- ; D312-155-4-1 CASF)	Le projet d'établissement est obsolète car il a plus de 5 ans : le document non daté a été élaboré en 2001. D'après la direction, les réflexions relatives au nouveau projet d'établissement seraient prévues au 4ème trimestre 2013 début 2014. **<u>P4</u> : Produire un projet d'établissement conforme aux éléments cités aux articles L311.8, *D311.38, D312.38* CASF et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM à savoir :** • **Les principes éthiques et règles déontologiques guidant les pratiques des professionnels et de l'institution** • **Les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques de l'établissement** • **Les modalités de mise en œuvre et les modalités de leur évaluation** • **Les collaborations avec les partenaires** • **Les dispositions d'animation de l'équipe, les programmes de formation et actions de soutien des personnels** • **La formalisation des procédures d'amélioration de la qualité** • **Un emploi du temps équilibré des enfants et adolescents** **Le projet d'établissement devra définir les caractéristiques de la population accueillie, le plateau technique approprié et les formations spécifiques pour les prendre en charge.** **La zone de recrutement devra également faire l'objet d'une réflexion eu égard à l'exigence de réponses de proximité prévue dans le Projet Régional de Santé et tout particulièrement le SROMS.** **Enfin, l'élaboration du projet d'établissement devra être conduite avec la participation active des personnels.** **En vue d'une cohérence globale et sur la base de ce projet d'établissement, seront revus les projets actuels de livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour qui seront soumis pour avis au CVS et aux instances représentatives du personnel.**

Les modalités de mise en œuvre et les modalités de leur évaluation
Les collaborations avec les partenaires
Les dispositions d'animation de l'équipe, les programmes de formation et actions de soutien des personnels
La formalisation des procédures d'amélioration de la qualité
Un emploi du temps équilibré des enfants et adolescents

jet d'établissement devra définir les caractéristiques de la population accueillie, le plateau que approprié et les formations spécifiques pour les prendre en charge.

e de recrutement devra également faire l'objet d'une réflexion eu égard à l'exigence de es de proximité prévue dans le projet Régional de Santé et tout particulièrement le SROMS.

l'élaboration du projet d'établissement devra être conduite avec la participation active des nels.

d'une cohérence globale et sur la base de ce projet d'établissement, seront revus les projets de livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour qui seront soumis vis au CVS et aux instances représentatives du personnel.

lité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Elaboration, on et animation du projet d'établissement et de service) et aussi dans le respect de notre che d'évaluation interne, nous avons programmé sur l'année 2013-2014 :

Projet de service : section Polyhandicap (début des travaux des commissions dès le mois d'octobre et finalisation de la rédaction du projet de service fin décembre 2013 avec validation des instances décisionnelles).

Projet de service : section déficience intellectuelle : constitution du comité de pilotage début janvier 2014 (fin des travaux début mars 2014).
Cette section a entamé d'octobre 2011 à mai 2012 un travail de restructuration qui a permis de rassembler des éléments constitutifs d'un futur projet de service. Nous les mettrons à profit dans le cadre des commissions thématiques de l'élaboration du projet de service.

Projet d'établissement : rassemblera les deux projets de service autour d'un tronc commun en y adaptant une méthodologie de projet en référence aux thématiques recommandées par l'ANESM :

1) L'histoire et le projet de l'organisme gestionnaire
2) Les missions
3) Le public et son entourage
4) La nature de l'offre de service et son organisation
5) Les principes d'intervention
6) Les professionnels et les compétences mobilisées
7) Les objectifs d'évolution, de progression, et de développement.

ation du projet d'établissement débutera en mars 2014 pour une finalisation de son écriture 2014.

P4 :

[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : juin 2014

La mission prend note :

- De la production du projet de service « section Polyhandicap » fin décembre 2013 et de son pilotage par le chef de service éducatif
- De la production du projet de service « section déficiences intellectuelles » fin mars 2014 et de son pilotage par le chef de service éducatif
- De la production du projet d'établissement fin juin 2014 et de son pilotage par la directrice générale.

Les documents devront être transmis à l'ARS dans les délais proposés par l'établissement.

L'établissement devra articuler les deux démarches : projet d'établissement et procédures d'évaluations interne et externe.

12 bis b

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
-2. Les oopérations et ouverture sur extérieur	Aucune coopération n'est formalisée avec les principaux partenaires sanitaires et médico-sociaux (établissements de santé) ni même avec le Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées qui assure la coordination régionale du diagnostic de l'autisme et dispose de compétences pour accompagner l'IME dans la prise en charge spécifique des enfants présentant des TED. Aucune convention, aucun accord n'a été porté à notre connaissance concernant l'accès aux soins auprès d'un ORL et d'un stomatologiste. L'établissement indique conduire les enfants auprès d'un cabinet dentaire de CONDOM. **<u>P5</u> : Le nouveau projet d'établissement devra prévoir les partenariats incontournables à formaliser par conventions de coopération avec :** - **les services de psychiatrie infanto-juvénile** - **le CRA MIP (autisme et TED)** - **d'autres établissements médico-sociaux** - **le service de réanimation du CH le plus proche (enfants polyhandicapés : art D312.88 CASF)** **les spécialistes médico-chirurgicaux mentionnés à l'article D312.23 du CASF (ORL, dentiste ou stomatologiste).**
-3. Réunions nstitutionnelles et ircuit de 'information interne <u>Nature et fréquence</u> <u>les réunions</u> rganisant le onctionnement de établissement, articipants, esponsabilité, ormalisation	Trois types de réunions existent à ce jour : <u>Les réunions portant sur l'organisation et la coordination :</u> • équipe de direction, les lundis à 11h, • équipe par unité, une fois par mois, excepté les unités de polyhandicapés : animée par le chef de service éducatif, elle aborde les questions d'organisation, de projets d'activités et des études de situations individuelles, • équipe infirmière, une fois tous les deux mois, en présence du médecin psychiatre, du directeur adjoint et de la directrice administrative, • rééducateurs, une fois tous les deux mois en présence du médecin psychiatre, du directeur adjoint et de la directrice administrative, • services généraux et veilleurs de nuit avec le directeur adjoint et la directrice administrative. <u>Les réunions de projets</u> : Il s'agit des réunions de synthèse présidées par le médecin psychiatre. Elles ont lieu les jeudis après midi pour les groupes « déficiences » et un lundi après midi sur 2 pour les groupes « polyhandicaps ». Deux situations sont examinées lors de chaque réunion. Y participent le chef de service éducatif, les éducateurs, les rééducateurs, la directrice administrative, les professionnels des groupes concernés dont le référent de l'enfant, les professionnels paramédicaux présents et une AMP de nuit. <u>Les réunions des instances représentatives</u> : • Le CHSCT : voir infra « maîtrise des risques institutionnels », • Le comité d'entreprise, • Le conseil de la vie sociale : voir infra

II.2. Les coopérations et l'ouverture sur l'extérieur

P5 : Le nouveau projet d'établissement devra prévoir les partenariats incontournables à formaliser par conventions de coopération avec :

- **Les services de psychiatrie infanto-juvénile**
- **Le CRA MIP (autisme et TED)**
- **D'autres établissements médico-sociaux**
- **Le service de réanimation du CH le plus proche (enfants polyhandicapés : art D312.88 CASF)**
- **Les spécialistes médico-chirurgicaux mentionnés à l'article D312.23 du CASF (ORL, dentiste ou stomatologiste).**

Dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement, nous engageons une démarche de formalisation de partenariats par le biais de conventions de coopération.

II.3. Réunions institutionnelles et circuit de l'information interne

Préco4 :

- **Clarifier la participation de l'encadrement dans les réunions :**
- La directrice générale, le médecin coordinateur et le chef de service pour toutes les réunions de synthèse.
- Le chef de service pour les réunions d'équipes éducatives.
- Le médecin coordinateur et le chef de service pour les réunions d'équipes paramédicales.
- Le directeur adjoint et le chef de service pour les réunions des veilleurs de nuit.
- La directrice générale et le médecin coordinateur pour les réunions des infirmiers.
- Le directeur adjoint pour les réunions des services généraux.
- Les réunions institutionnelles où les 4 membres de l'équipe de direction sont présents.
- Le directeur adjoint remplacera la directrice générale en son absence.

- **Mettre en place les réunions des équipes intervenant dans les unités des polyhandicapés.**

Dans le cadre de la réunion inaugurale sur l'élaboration du projet de service des unités des polyhandicapés du 28 mai 2013, a été présenté un cahier des charges dont la mise en place de réunions d'équipes à compter d'octobre 2013.

Dans ce même cadre, il s'est tenu le lundi 9 septembre 2013, une réunion de rentrée qui a précisé notamment le calendrier de ces réunions comme suit :

Sur les unités des polyhandicapés, la réunion d'équipe se tiendra tous les 4ème mercredi de chaque mois (sur l'unité du château dont le projet est de s'orienter vers des modalités d'accueil et l'accompagnement d'enfants pluri-handicapés, les réunions auront lieu tous les 3ème mercredi de chaque mois).

P5 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : juin 2014

Préco4 :

Vu.
A noter que la directrice d'établissement n'a pas à participer aux réunions techniques médicales et paramédicales. Celles-ci sont animées par le médecin coordonnateur.
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

Vu.
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Analyse : La participation du directeur adjoint et de la directrice administrative aux réunions des personnels paramédicaux et de synthèse ne s'explique pas, le champ des accompagnements médico-sociaux ne relevant pas de leurs fonctions telles qu'elles ont été présentées à la mission. L'absence à ce jour, de réunions des équipes intervenant dans les unités de polyhandicapés pose question. Il en est de même pour l'absence des professionnels de santé dans les réunions des équipes éducatives Il s'ensuit que le travail d'équipe et les dynamiques transversales entre l'éducatif et le soin ne sont pas organisés. **Préco4 :** - **Clarifier la participation de l'encadrement dans les réunions** - **Mettre en place les réunions des équipes intervenant dans les unités des polyhandicapés** - **Organiser une véritable dynamique pluri-professionnelle entre professionnels de santé et équipes éducatives**

II.2. Les coopérations et l'ouverture sur l'extérieur

P5 : Le nouveau projet d'établissement devra prévoir les partenariats incontournables à formaliser par conventions de coopération avec :

- **Les services de psychiatrie infanto-juvénile**
- **Le CRA MIP (autisme et TED)**
- **D'autres établissements médico-sociaux**
- **Le service de réanimation du CH le plus proche (enfants polyhandicapés : art D312.88 CASF)**
- **Les spécialistes médico-chirurgicaux mentionnés à l'article D312.23 du CASF (ORL, dentiste ou stomatologiste).**

Dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement, nous engageons une démarche de formalisation de partenariats par le biais de conventions de coopération.

II.3. Réunions institutionnelles et circuit de l'information interne

Préco4 :

- **Clarifier la participation de l'encadrement dans les réunions :**
- La directrice générale, le médecin coordinateur et le chef de service pour toutes les réunions de synthèse.
- Le chef de service pour les réunions d'équipes éducatives.
- Le médecin coordinateur et le chef de service pour les réunions d'équipes paramédicales.
- Le directeur adjoint et le chef de service pour les réunions des veilleurs de nuit.
- La directrice générale et le médecin coordinateur pour les réunions des infirmiers.
- Le directeur adjoint pour les réunions des services généraux.
- Les réunions institutionnelles où les 4 membres de l'équipe de direction sont présents.
- Le directeur adjoint remplacera la directrice générale en son absence.

- **Mettre en place les réunions des équipes intervenant dans les unités des polyhandicapés**

Dans le cadre de la réunion inaugurale sur l'élaboration du projet de service des unités des polyhandicapés du 28 mai 2013, a été présenté un cahier des charges dont la mise en place de réunions d'équipes à compter d'octobre 2013.

Dans ce même cadre, il s'est tenu le lundi 9 septembre 2013, une réunion de rentrée qui a précisé notamment le calendrier de ces réunions comme suit :

Sur les unités des polyhandicapés, la réunion d'équipe se tiendra tous les 4ème mercredi de chaque mois (sur l'unité du château dont le projet est de s'orienter vers des modalités d'accueil et d'accompagnement d'enfants pluri-handicapés, les réunions auront lieu tous les 3ème mercredi de chaque mois).

[redacted]

P5 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : juin 2014

Préco4 :

Vu.
A noter que la directrice d'établissement n'a pas à participer aux réunions techniques médicales et paramédicales. Celles-ci sont animées par le médecin coordonnateur.
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

Vu.
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
II-4.Politique managériale et gestion des ressources humaines	
II.4.1. Les fiches de poste	L'élaboration des fiches de « fonction » est en cours pour l'ensemble des salariés. Les fiches de fonction remises à la mission concernent le chef de service éducatif, les IDE, les éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, AMP, veilleuse de nuit. **<u>Préco5</u> : Poursuivre l'élaboration des fiches de fonction de chaque professionnel, y compris les membres actuels de l'équipe de direction afin de bien positionner chaque famille d'emploi au sein de la structure.** **<u>Préco6</u> : La référence aux annexes XXIV et XXIV ter dans la fiche de fonction du chef de service éducatif (tout comme dans tout autre document) est à supprimer, ces annexes ayant été modifiées et codifiées dans le CASF.**
II-4.2. L'organisation des équipes	La répartition des 82 enfants selon la liste remise le jour de l'inspection, est la suivante : • **Déficiences intellectuelles avec troubles associés :** - Groupe pré-MAS : 13 jeunes - Groupe adolescents garçons : 10 jeunes - Groupe adolescentes : 10 jeunes - Groupe ATR (Accompagnement Thérapeutique Renforcé) : 8 jeunes - Groupe enfants : 7 enfants • **Polyhandicap / plurihandicaps:** - Groupe unité du château : 9 enfants : - Groupe enfants polyhandicapés du 1er étage : 13 enfants - Groupe situé au RDC : 12 jeunes Selon les entretiens, chaque groupe est encadré par 2 à 3 agents « éducatifs ». Or, lors de la visite, les inspecteurs ont constaté que sur les temps du matin, l'encadrement est variable et insuffisant (1 encadrant pour 3, 5 ou 8 jeunes). en sous-sol et RdC du bâtiment ancien, afin d'assurer le lever, le petit déjeuner et les toilettes dans de bonnes conditions. Les plannings fournis à la mission sont inexploitables en l'état. **<u>Préco7</u> : transmettre un planning avec légende, pour les mois de juin, juillet et août 2013.**

Elles seront animées par le chef de service éducatif. Dans l'articulation projet éducatif et projet de soins, les paramédicaux seront conviés à ces réunions.

- **Organiser une véritable dynamique pluri-professionnelle entre professionnels de santé et équipes éducatives**

L'équipe de direction a déjà contacté un professionnel de santé qui rassemble à la fois le statut de cadre de santé et de formateur à l'IFSI d'Agen qui a notamment assuré une formation « Prise en charge des urgences vitales en milieu sanitaire » de 3 jours au sein de l'établissement en mars 2013 pour toute l'équipe des infirmiers et également les aides-soignantes des unités des polyhandicapés.

Dans une recherche dynamique pluri professionnelle et transdisciplinaire, le recrutement d'un tel professionnel assurant l'animation du projet de soins serait complémentaire à celui du projet éducatif mené par le chef de service.

II.4. Politique managériale et gestion des ressources humaines

II.4.1. Les fiches de poste

Préco5 : Poursuivre l'élaboration des fiches de fonction de chaque professionnel, y compris les membres actuels de l'équipe de direction afin de bien positionner chaque famille d'emploi au sein de la structure.

Nous aurons finalisé l'ensemble des entretiens individuels à la mi-octobre 2013 avec la remise des fiches de fonction de chaque professionnel de l'établissement.

Préco6 : La référence aux annexes XXIV et XXIV ter dans la fiche de fonction du chef de service éducatif (tout comme dans tout autre document) est à supprimer, ces annexes ayant été modifiées et codifiées dans le CASF.

Nous utilisons désormais les termes de :

- Section Polyhandicap (unités des enfants polyhandicapés) / Plurihandicaps
- Section Déficiences intellectuelles avec troubles associés.

Les modifications à ces anciennes références seront réalisées sur tous les documents existants les mentionnant.

II.4.2. L'organisation des équipes

Préco7 : Transmettre un planning avec légende, pour les mois de juin, juillet et août 2013. (cf. pièce n° 2).

II.4.3. L'organisation de la surveillance de nuit

I1 : Réviser les pratiques de contention sous ses différentes formes (L311-3 du CASF) :

- **Arrêter la fermeture systématique des locaux de nuit tout en garantissant la sécurité des enfants.**

Préco4 : *(suite)*

Renvoi à la préco11 du point III.3.5.4. Les soins de nursing
La mission estime qu'un tel recrutement (« *professionnel de santé* ») n'est pas prioritaire.
Compte tenu des manquements tenant à la surveillance de nuit et des qualifications manquantes par rapport aux obligations règlementaires, les nouveaux recrutements doivent concerner en priorité ces carences.
La mission maintient que la réflexion sur l'organisation des soins et les complémentarités IDE/AS/AMP est un préalable indispensable à la mise en place d'une véritable dynamique pluri-professionnelle entre le soin et l'éducatif.
Ce travail de mise à plat et de propositions d'organisation peut être assuré par une mission temporaire confiée à un cadre infirmier hospitalier expérimenté connaissant le médico-social ou un à enseignant d'IFSI.

Préco5 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

Préco6 :
Vu.

Préco7 :

Les plannings fournis ne sont pas exploitables (légende incomplète, pages manquantes). Les constats faits par la mission sont confirmés par les plannings :
- discontinuité de la prise en charge entre 19h et 20h dans les 3 unités pluri et polyhandicapés
- discontinuité de la prise en charge entre 13h et 14h du fait de la pause méridienne pour ces mêmes unités.
Enfin, il existe un écart important au niveau de l'encadrement éducatif entre la semaine (15 agents) et le week-end (9 agents).

Au vu des plannings fournis, l'organisation des équipes est à revoir. L'établissement doit rendre lisible l'organisation des équipes, en semaine et en week-end, à l'appui d'un tableau de service type (effectif requis par catégorie de personnel et par unité de vie).

[redacted]. Délai de mise en œuvre : immédiat

I1 : => *voir page suivante*

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
II.4.3.L'organisation de la surveillance de nuit Surveillance de nuit adaptée et organisée (article D312.40 CASF)	Le personnel affecté au service de nuit est de 6 agents : 2 IDE et 4 AS, AMP ou personnel non qualifié. Par nuit, 3 agents dont un IDE sont présents pour les 3 bâtiments : - château : 2 dortoirs de 4 et 6 lits - ancien bâtiment sur 3 niveaux : 20 lits au sous-sol, 12 lits au RDC, 15 lits au 1er étage soit 47 lits au total. - nouveau bâtiment : 26 lits soit un total de 83 lits. L'équipe de nuit travaille de 20h à 8h (8 h 10 pour l'IDE). Les transmissions se font oralement entre IDE de jour et IDE de nuit entre 20h et 20h10, avec l'appui du cahier de transmissions des IDE. Les transmissions se font par cahier entre équipes AS/AMP de jour qui finissent à 19h et AS/AMP de nuit, et oralement pour les AS/AMP de jour qui finissent à 21h. L'IDE est positionné en priorité sur le château et les 2 agents de nuit sur chacun des 2 autres bâtiments. Des écrans vidéo sont installés au château et au RDC du bâtiment ancien mais il n'y a pas de personnel affecté à leur surveillance en continu. L'agent de nuit du nouveau bâtiment quitte son bâtiment à 5h pour aider l'agent de nuit du bâtiment ancien pour effectuer les changes. En cas d'urgences médicales, les AS/AMP appellent l'IDE de nuit et si besoin, le cadre d'astreinte. <u>Analyse</u> : - Il n'y a pas de présence continue d'un agent par bâtiment dont l'un comprend 46 enfants sur 3 niveaux. L'IDE quitte le château à 20h30, minuit et à 5h pour brancher les alimentations entérales des jeunes hébergés dans le bâtiment ancien. Elle peut être appelée sur les trois bâtiments pour gérer des situations de son ressort. La préparation des piluliers nécessite environ 3 heures. Son activité entre 1h et 5 heures du matin n'est pas clairement identifiée. - On note une discontinuité de présence des professionnels dans certaines unités : par exemple, dans l'unité des enfants polyhandicapés du 1er étage, les agents de jour quittent leur service à 19h et les agents de nuit n'arrivent qu'à 20h ; dans cet intervalle de 19h à 20h, c'est l'IDE de jour qui finit à 20h (20h10 avec les transmissions) qui intervient entre 19h30 et 19h45. **En conséquence les enfants polyhandicapés restent seuls <u>sans surveillance continue</u> dans un intervalle compris entre 19h et 20h. Il en est de même pour les autres unités dont les agents de jour finissent à 19h.** - Il n'y a pas de pièce réservée aux agents de nuit dans aucun des 3 bâtiments, ni de locaux de soins. - La mission a relevé que la lumière des dortoirs était systématiquement allumée lors des rondes de nuit et lors des changes qui auraient lieu à minuit et à 5 heures du matin.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	- Dans le bâtiment récent, les interrupteurs de la lumière des chambres sont situés à l'extérieur de la pièce. Lorsque les chambres sont fermées à clef, l'enfant ne dispose pas à l'accès à la lumière en cas de réveil, ce qui ne favorise pas non plus son autonomie. - Enfin, la mission a constaté que la majorité des enfants est contenue physiquement sous des formes diverses (brassières de contention avec sangles, lits « cages », box transparents fermés à clé). Les dortoirs et chambres des 3 bâtiments sont fermés à clé durant la nuit. La direction justifie cette pratique institutionnelle par la configuration des locaux, la discontinuité de la présence des professionnels de nuit et les troubles du comportement. Par conséquent elle lui attribue une fonction sécuritaire. Cette pratique n'est pas évaluée individuellement et ne fait pas l'objet d'une prescription médicale ce qui est contraire aux droits de l'enfant (L311-3 du CASF). **I1 : Réviser les pratiques de contention sous ses différentes formes (L311-3 du CASF) :** ➢ **Arrêter la fermeture systématique des locaux de nuit tout en garantissant la sécurité des enfants,** ➢ **Evaluer puis établir une prescription médicale pour les contentions physiques qui le justifient.** **I2: Dans l'attente de l'effectivité du relogement provisoire (cf. infra III.3.1.1.), positionner une AMP/AS de nuit supplémentaire pour assurer la sécurité des enfants dans le bâtiment ancien de 3 niveaux. Dans le même temps, s'interroger sur la pertinence d'un IDE de nuit (nature et nombre d'interventions) dans la mesure où certaines tâches pourraient être reportées dans la journée ou déléguées.** **P6 : La surveillance et les interventions de nuit doivent se faire dans le respect de la personne durant son sommeil (L311-3 du CASF).**

Sur le bâtiment neuf qui héberge les jeunes les plus autonomes, nous avons fait procéder à l'ouverture de l'ensemble des chambres dans la nuit du jeudi 25 juillet 2013.
Si les veilleurs de nuit doivent procéder à une fermeture ponctuelle des chambres, cet acte devra faire l'objet d'une transmission écrite et motivée.

Pour les autres bâtiments, compte tenu des dispositions actuelles, l'ouverture des chambres ne pourra être étudiée que dans le cadre de la réflexion du projet architectural global et des moyens humains mis en œuvre.

- **Evaluer puis établir une prescription médicale pour les contentions physiques qui le justifient.**

Nous avons supprimé les contentions des résidents accueillis à l'exception :
- De deux résidents qui portent une sangle abdominale aimantée la nuit (cf. pièce n° 3). Les prescriptions médicales ont été réalisées.
- Pour les deux résidents qui s'automutilent au niveau de la face, nous sommes dans l'attente de trouver des bracelets pédiatriques.

Nous avons commandé deux sangles abdominales aimantées (taille enfant) en cas de besoin et qui pourraient faire l'objet d'une contention temporaire en fonction de la pathologie.

I2 : Dans l'attente de l'effectivité du relogement provisoire, positionner une AMP/AS de nuit supplémentaire pour assurer la sécurité des enfants dans le bâtiment ancien de 3 niveaux. Dans le même temps, s'interroger sur la pertinence d'un IDE de nuit (nature et nombre d'interventions) dans la mesure où certaines tâches pourraient être reportées dans la journée ou déléguées.

Nous sommes prêts à respecter cette injonction néanmoins le positionnement d'une troisième veilleuse de nuit implique le recrutement de 3 ETP non prévus au budget.

P6 : La surveillance et les interventions de nuit doivent se faire dans le respect de la personne durant son sommeil (L311-3 du CASF).

Nous rédigeons une note à l'attention du service des veilleurs de nuit qui rappelle les principes du respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité du résident (article L311-3 du CASF) durant son sommeil. Elle précise notamment aux veilleurs de nuit de ne plus réveiller systématiquement les résidents pendant leur sommeil pour aller par exemple aux toilettes...

II.4.4. Les plans de formation

P7 : Organiser des formations autour des questions éthiques et des formations action sur la gestion des troubles du comportement, les TED et l'utilisation des outils de communication non verbale (Recommandations de bonnes pratiques HAS/ANESM).

I1 :

Pour le bâtiment neuf :
La mission prend acte de l'arrêt de la fermeture systématique des chambres, la nuit, depuis le 25 juillet 2013.
La mission estime que leur fermeture ne relève pas de la responsabilité du veilleur. Elle doit : soit faire l'objet d'une prescription anticipée de contention, soit être relayée au médecin.

Pour le bâtiment ancien et le RDC du château :
Pour rappel, la mission a constaté « que les dortoirs et chambres des 3 bâtiments sont fermés à clé durant la nuit. La direction justifie cette pratique institutionnelle par la configuration des locaux, la discontinuité de la présence des professionnels de nuit et les troubles du comportement » (point II.4.3. Rapport provisoire).
Dans sa réponse, l'établissement renvoie la remise en question de cette pratique à la question architecturale et aux moyens humains.
Aucune proposition de réorganisation de la surveillance de nuit n'est présentée suite à l'injonction.
La réponse lapidaire atteste d'une absence de réflexion sur l'articulation des questions de sécurité avec la qualité de la prise en charge et de la bientraitance.

[redacted], pour l'ensemble des bâtiments, d'autant qu'elle fait partie des mesures conservatoires.
Délai immédiat sous réserve de renfort d'effectifs.

Injonction mise en œuvre en ce qui concerne la prescription des contentions physiques des résidents.

I2 :

[redacted] en l'absence de mise en œuvre. Délai immédiat
L'établissement n'ayant pas apporté la preuve de la pertinence d'une IDE la nuit, la mission maintient son injonction relative à une AS/AMP de nuit supplémentaire dans le bâtiment ancien.

La mission considère que compte tenu des caractéristiques de la population hébergée dans le bâtiment ancien et des lieux de nuit sur 3 niveaux, une AS/AMP de nuit doit y être affectée en permanence.

P6 :
[redacted]. Délai immédiat.
La présente note doit être transmise sans délai à l'ARS.

P7 : => *voir page suivante*

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
II.4.4. Les plans de formation Ces plans comportent des actions de formation portant spécifiquement sur l'accompagnement des publics accueillis	*(Source : PV des comités d'entreprise des années 2011 et 2012)* La mission n'a pas eu connaissance de plans de formation annuels construits à partir des besoins de l'institution et de la réalité des besoins individuels. Cette démarche ne semble pas organisée au sein de l'établissement d'autant plus que les entretiens individuels sont en voie de démarrage. A la lecture des procès-verbaux du comité d'entreprise, le choix de l'institution a été de privilégier les formations qualifiantes au détriment de la formation continue. Les personnels ne sont pas formés aux spécificités des publics accueillis (troubles du comportement, TED et autisme). **P7 : Organiser des formations autour des questions éthiques et des formations action sur la gestion des troubles du comportement, les TED et l'utilisation des outils de communication non verbale (Recommandations de bonnes pratiques HAS/ ANESM).**

Nous avons pris contact avec l'Institut Saint-Simon de Toulouse et de Tarbes, établissement de l'ARSEAA (Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte).

Nous prévoyons des formations action pour les deux sections : Polyhandicap et Déficience intellectuelle sur les thèmes que vous nous avez prescrits.

Concernant la section Déficience intellectuelle, notre projet de formations action pourrait s'articuler autour de deux problématiques présentées dans le catalogue de formation de l'Institut Saint Simon :

- Approche des troubles psychopathologiques auprès d'un public TED, TSA, autiste.
- Evaluation clinique avec par extension l'idée d'initier un travail d'élaboration d'une grille d'observation des manifestations comportementales chez l'enfant TED, TSA, autiste.

En filigrane, cette recherche pourrait être traversée des notions d'interdisciplinarité, de transdisciplinarité et de transversalité des pratiques.

Cette recherche concerne tous les professionnels de la section Déficience intellectuelle : 32 professionnels sur l'équipe éducative (AMP, ME, EJE, ES), 7 paramédicaux (orthophoniste, musicothérapeute, 2 psychomotriciennes, ergothérapeute, kinésithérapeute, éducatrice sportive), 2 infirmiers et 1 veilleur de nuit.

Les formations action s'étaleront sur l'année scolaire 2013-2014 (dès octobre 2013). Notre contact à Toulouse est Mme Je... A... (Responsable du Centre d'activités & Ingénierie – Expertise – Recherche). (cf. pièce n° 11)

Concernant la section Polyhandicap, dans une démarche de projet de service, cette intervention pourra être un bon support et une bonne illustration à la démarche de projet. Elle pourra être annexée au projet de service.

La problématique est la suivante :
A partir d'un approfondissement des connaissances relatives au polyhandicap, cette intervention permettra de préciser les modalités médicale, éducative et psycho affective d'accompagnement suite à l'évaluation des besoins spécifiques des enfants polyhandicapés.

Il s'agira d'initier un travail de va et vient permanent entre projet de soin et projet éducatif à travers les aspects théoriques de la définition du polyhandicap :

- Troubles de la communication
- Troubles de la relation
- Troubles sensoriels
- Répercussion du polyhandicap sur les développements cognitif, affectif, social
- Polyhandicap et dynamique familiale
- Troubles de la déglutition
- Troubles du transit
- L'épilepsie
- Rééducation fonctionnelle
- Appareillage
- Psychomotricité

Observations et Mises de la mission d'inspection de l'ARS Midi-Pyrénées

P7 :
La mission prend acte des programmes de formation. Elle estime que la formation sur les troubles du comportement est prioritaire et doit être réalisée pour l'ensemble du personnel concerné dans les meilleurs délais.

Prescription en cours de réalisation.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
4.5. La régulation et ınalyse des pratiques ·ofessionnelles	Les réunions d'analyse des pratiques, mises en place fin 2012, ne concernent que le groupe ATR (accompagnement thérapeutique renforcé) à raison de 2 heures, une fois par mois. Il n'y en a pas sur les autres groupes. **<u>Préco8</u> : Généraliser les réunions d'analyse des pratiques au bénéfice de l'ensemble des personnels, nécessitées par les lourdes problématiques posées par la population accueillie justifiant le soutien des professionnels dans « leur mise à distance et leur réflexion éthique sur les pratiques quotidiennes » (source : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM).**
4.6.La pratique des ıtretiens professionnels	L'établissement conduit en parallèle la mise en place des fiches de fonction et les entretiens professionnels. Cette démarche a été initiée par la directrice administrative mais n'est pas aboutie à ce jour.
-L'ORGANISATION E LA PRISE EN HARGE	
I.1. La population ccueillie	*(Sources : entretien avec le médecin psychiatre, rapport d'évaluation interne 2012, projets de groupes éducatifs).* L'IME prend en charge : - des enfants polyhandicapés au sens du CASF et notamment 11 enfants polyhandicapés nécessitant une prise en charge très médicalisée (groupe du 1er étage du bâtiment ancien). - des enfants et adolescents pluri-handicapés (autres groupes) à prédominance déficitaire (déficiences intellectuelles sévères et profondes, déficience motrice) avec troubles psychiques associés, dont l'origine peut être des troubles du spectre autistique, des pathologies d'origine génétique, neurologique.....Dans ce contexte étiologique, un nombre important de jeunes sont épileptiques et suivent un traitement. Une partie de ces jeunes présentent des troubles du comportement graves notamment ceux des groupes « accompagnement thérapeutique renforcé dit ATR» et pré-MAS. Selon la direction, en raison de l'expression clinique des troubles (hétéro ou auto-agressivité, polyphagie, potomanie...) et de leur intensité, certains jeunes sont en limite de prise en charge médico-sociale et relèvent d'une prise en charge spécialisée (psychiatrie ou EMS à orientation psychiatrique). Aucun enfant n'est scolarisé. L'origine géographique des jeunes actuellement accueillis n'est pas connue puisque la direction n'a pas répondu à l'enquête menée par la délégation territoriale du Gers en 2013. Néanmoins, les résultats de l'enquête de 2010 montraient que sur 85 enfants accueillis : - 33 provenaient de Midi-Pyrénées (29 du Gers, 1 de la Haute-Garonne, 2 du Tarn-et-Garonne et 1 du Tarn) - 36 provenaient de l'Aquitaine

A travers des aspects pratiques :

- Spécificité de l'accompagnement
- De la transdisciplinarité comme d'un nécessaire travail de croisement des approches en fonction des besoins repérés : quelles médiations adapter ?
- La démarche de projet personnalisé global dans une dynamique collective.

Dans le cadre de l'élaboration et de l'écriture du projet de service de la section polyhandicap, nous vous joignons le devis de notre contact à Tarbes (Mme M S/ : Responsable du pôle pédagogique) pour deux journées pour l'ensemble du personnel éducatif de cette section ainsi que les paramédicaux, 2 infirmiers et 1 veilleur de nuit. (cf. pièce n° 11)

Nous souhaiterions bénéficier d'une dotation non pérenne pour financer ces formations action étant donné que les projets de formations sur lesquels nous nous sommes engagés au regard de certains salariés représentent la totalité de notre budget formation (le coût total des formations actions de la section déficience intellectuelle est de 23 056 € sans le coût salarial et celui de la section polyhandicap est de 4 452 € sans le coût salarial).

Nous avions anticipé dans notre plan de formation le développement de moyens appropriés d'expression et de communication avec les jeunes accueillis par le biais de formations en art thérapie et en équithérapie.

II.4.5. La régulation et l'analyse des pratiques professionnelles

Préco8 : Généraliser les réunions d'analyse des pratiques au bénéfice de l'ensemble des personnels, nécessitées par les lourdes problématiques posées par la population accueillie justifiant le soutien des professionnels dans « leur mise à distance et leur réflexion éthique sur les pratiques quotidiennes » (source : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM).

Nous avons adressé à l'ADES une demande portant sur l'animation de séances supplémentaires d'analyse des pratiques (cf. devis du 9 septembre 2013 et proposition). (cf. pièce n° 4)

Nous allons ouvrir deux groupes supplémentaires :

- Un pour la section Polyhandicap / Plurihandicaps
- Un pour la section Déficience intellectuelle

Et nous maintenons celui pour le groupe ATR (Accompagnement Thérapeutique Renforcé) de la section Déficience intellectuelle.

Nous porterons au budget prévisionnel 2014 (dans les prestations externes) le coût de 9 720 € pour les 3 groupes.

II.4.6. La pratique des entretiens professionnels

III. L'organisation de la prise en charge

III.1. La population accueillie

Préco8 :
Dont acte.
Délai de mise en œuvre : octobre 2013

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	- 15 provenaient d'autres régions (dont une majorité de l'Ile de France). En ce qui concerne leur tranche d'âge : - 63 avaient plus de 14 ans - 10 avaient entre 12 et 14 ans - 11 avaient entre 6 et 11 ans - 1 dont l'âge n'était pas été indiqué. **Préco9 : Lors de la construction du projet individualisé, mener une évaluation sur les possibilités de scolarisation de chaque enfant, en référence à la loi du 11 février 2005 qui privilégie l'inclusion scolaire.** **P8 : En référence au SROMS du Projet régional de santé, limiter le recrutement aux besoins de proximité des enfants et de leur famille en priorisant ceux originaires du Gers et des autres départements de la région. Répondre aux enquêtes de l'ARS.**
I.2. La procédure l'admission et l'accueil	Les documents institutionnels (livret d'accueil notamment) font référence à une procédure d'admission. La directrice de l'établissement et le dirigeant de la SAS, médecins tous les deux, se prononcent sur l'admissibilité au vue des éléments d'information à leur disposition (dossiers transmis par la structure d'amont et entretiens avec les familles). La candidature de l'enfant est ensuite examinée par l'équipe de direction élargie (directeur adjoint et chef de service éducatif) au vu des possibilités d'intégration de l'enfant dans un groupe. La phase d'admission se déroule comme suit : rencontre des parents par le chef de service éducatif, visite des lieux, rencontre de l'enfant par les personnels paramédicaux et éducatifs, mise en place d'un séjour provisoire. **Préco10 : veiller à la collégialité de la procédure d'admission (commission), étape préalable à la préparation du projet individualisé.**

Préco9 : Lors de la construction du projet individualisé, mener une évaluation sur les possibilités de scolarisation de chaque enfant, en référence à la loi du 11 février 2005 qui privilégie l'inclusion scolaire.

Nous avons rencontré l'enseignant référent MDPH du Collège Saint-Exupéry de Condom, M. [illegible] dans le cadre d'un projet d'inclusion scolaire pour un jeune de 15 ans accueilli sur le groupe adolescents garçons au sein de la section déficience intellectuelle.

Ce projet est à la fois soutenu par l'équipe pédagogique du collège de Rabat au Maroc (d'où était domicilié ce jeune, avant de rentrer en France et actuellement domicilié à Toulouse) ainsi que par les parents de l'enfant.

Nous nous sommes associés à cette démarche en étant à l'initiative d'une demande de rencontre avec l'équipe pédagogique du Collège de Condom.

Suite à cette rencontre, il a été envisagé de travailler le projet d'inclusion scolaire avec le collège de Lectoure dans le cadre d'une ULIS (Unité Localisée d'Inclusion Scolaire).

Nous sommes à ce jour en cours de signature d'une convention de coopération avec l'Éducation Nationale. (cf. pièce n° 10)

A l'aube de cette situation, nous envisageons d'élargir les possibilités d'intégration et d'inclusion sociale à d'autres jeunes de l'établissement notamment en orientant nos recherches vers les centres aérés et de loisirs...

En parallèle, et à titre bénévole, nous sommes sur le point d'accepter la proposition d'une enseignante à la retraite pour intervenir en appui du travail périscolaire encadré par le personnel éducatif de l'établissement.

P8 : En référence au SROMS du Projet régional de santé, limiter le recrutement aux besoins de proximité des enfants et de leur famille en priorisant ceux originaires du Gers et des autres départements de la région. Répondre aux enquêtes de l'ARS.

Nous avons toujours eu le souci de répondre aux besoins de proximité des enfants et de leur famille en priorisant ceux originaires du Gers et des autres départements de la région à partir du moment où nous sommes sollicités.

Concernant les enquêtes de l'ARS, nous avons toujours répondu à ces dernières. Apparemment, nous n'avons pas reçu la dernière enquête relative à l'origine géographique des résidents. Nous nous sommes rapprochés du délégué territorial de l'ARS qui nous l'a envoyé. Cette enquête a été informée et retournée.

III.2. La procédure d'admission et d'accueil

Préco10 : Veiller à la collégialité de la procédure d'admission (commission), étape préalable à la réparation du projet individualisé.

Observations définitives de la Mission d'inspection de l'ARS [illegible]

Préco9 :
[redacted]. Délai immédiat.
L'évaluation des possibilités de scolarisation doit être systématique pour tous les enfants accueillis.
Il est pris acte de la démarche engagée pour un jeune de 15 ans.
Il est primordial de débuter un travail de collaboration avec les établissements scolaires de proximité et les centres de loisirs.

P8 :

Au vu de la liste des enfants présents au 31 août 2013 (lettre du 3 septembre 2013) :

- les enfants d'Ile de France et des autres départements (hors ceux des régions Aquitaine et Midi-Pyrénées) sont au nombre de 19 soit 23 % de la population accueillie ;
- les enfants de Midi-Pyrénées sont au nombre de 19 soit 23 % de la population accueillie ;
- les enfants de la région Aquitaine, notamment ceux du Lot-et-Garonne, sont au nombre de 44 soit 54 %.

[redacted]. Délai immédiat.

Préco10 :
Vu

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
II.3. La prise en charge des enfants	
II.3.1. Les conditions l'hébergement	
II.3.1.1 Les conditions générales l'hébergement	Accessibilité et sécurité : Il n'y a aucune porte à ouverture automatique dans l'établissement. Dans les anciens locaux, il n'y a pas de véritables couloirs de circulation, les pièces sont en enfilade (pièces d'activité) ou unique (1er étage du bâtiment ancien). Au sous-sol de ce même bâtiment, l'accès est encombré par des chariots à linge sale, faute de pièces de stockage. Il n'y a aucune signalétique sur l'ensemble de l'établissement pour indiquer la destination des locaux et des pièces. Locaux d'hébergement (cf. annexe n°7) **Ces locaux sont inadaptés et non conformes aux obligations règlementaires :** l'établissement présente des non conformités majeures aux conditions d'installation des enfants présentant des déficiences intellectuelles et des polyhandicaps, prévues respectivement aux articles D312-28 à D312-31 et D312-91 à D312-94 du CASF. **La surface des chambres individuelles ou collectives, le nombre de lits par chambre** ne sont pas conformes à la réglementation ni pour les polyhandicapés, ni pour les déficients intellectuels. **Il n'y a pas de différenciation entre espace de nuit et salles de bains :** A titre d'exemple, dans le bâtiment ancien, au rez-de-chaussée et au premier étage, une grande pièce fait fonction de salle de bains et de dortoir avec des lits « cages » où un évier émaillé est utilisé comme baignoire en complément d'un chariot douche. Dans le château, l'un des deux dortoirs comporte des douches et des sanitaires sans cloisonnement. **Les installations sanitaires sont inadaptées et insuffisantes en nombre :** Hormis dans le nouveau bâtiment, il n'y a pas de salles de bains : les points d'eau sont dans les dortoirs. Les rideaux ne permettent pas de préserver l'intimité. Il n'y a aucune table de change. • Château (10 enfants) : dans l'un des 2 dortoirs, il y a uniquement un bac de douche, une baignoire surélevée, lit douche ; • Bâtiment ancien : - au sous-sol, il y a 4 douches dépourvues de sol antidérapant pour 21 jeunes. Dans au moins 2 dortoirs, les 2 WC ne sont pas séparés ; - au RdC, il y a un lit douche, un évier émaillé pour 12 jeunes et pas de WC (le jour de la visite, un jeune était placé, sur un pot, au centre de la pièce au vu de tous) ; - 1er étage, il y a 4 éviers émaillés et au moins 1 lit douche pour 13 jeunes. Dans le nouveau bâtiment, il y a une salle de bains commune pour 2 chambres de 3 lits, soit 4 salles de bains (lavabo, WC, douche) pour 24

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	jeunes. Les 3 chambres individuelles et la chambre double n'ont pas de salle de bains. Une salle de bains avec baignoire à bulles, lavabo et WC installée au même niveau n'est pas utilisée au quotidien mais le week-end. De plus, il n'y a, ni de bureau pour l'équipe éducative. **Les locaux de nuit sont caractérisés par la promiscuité et l'absence d'intimité :** Pour exemple, le niveau -1 du bâtiment ancien comporte 4 dortoirs : 2 en sous-sol, éclairés par des demi-fenêtres en hauteur, 2 en rez-de-jardin. Au sous-sol du bâtiment ancien, l'emplacement des fenêtres ne permet pas de bénéficier d'une vue sur l'extérieur. Chaque dortoir est équipé de plus de 4 lits et comporte 3 box individuels d'isolement transparents (« aquariums ») face à des lits individuels et superposés. L'espace commun d'accès aux 4 dortoirs est encombré de plusieurs chariots de linge sale. De façon générale dans le bâtiment ancien et au château, les lits ne sont pas adaptés à la taille des enfants (enfants recroquevillés, pieds qui dépassent, lits cage pour enfants de plus de 6 ans…). **Les lits ne comportent pas de draps plats mais le cas échéant un simple dessus de lit, utilisé été comme hiver. Certains lits n'ont de drap housse, d'autres pas d'oreillers et/ou pas de taies.** Les chambres pour déficients intellectuels ne disposent pas toutes d'une armoire, d'un placard et d'une armoire de toilette. Certaines sorties de secours ne sont pas signalées et de façon générale, elles sont verrouillées. Dans le bâtiment neuf qui héberge les jeunes les plus autonomes, ces derniers n'ont pas la maitrise de l'éclairage de leur chambre (individuelle, double ou triple), les interrupteurs étant situés à l'extérieur de la pièce, dans le couloir de circulation. Enfin, la mission a relevé que la partie gauche du rez-de-chaussée du bâtiment ancien était en cours de rénovation. Des travaux ont été entrepris dans la partie gauche du rez-de-chaussée du bâtiment ancien. Actuellement en cours de réalisation par les ouvriers d'entretien de l'IME qui n'étaient pas présents sur le site, le jour de l'inspection. Il ressort des éléments communiqués à la mission que les installations prévues, à savoir la création d'un dortoir de 3 chambres à 3 lits et d'une chambre individuelle avec une salle de bains pour 10 enfants, ne répondront pas aux dispositions réglementaires en vigueur. Les plans des travaux envisagés n'ont pas transmis à la délégation territoriale du Gers. **I3 : Interrompre immédiatement les travaux en cours dans la partie gauche du rez-de-chaussée du bâtiment ancien, dans la mesure où l'état des locaux appelle un projet architectural global en vue d'une mise aux normes, à soumettre à l'ARS pour étude de faisabilité.**

La démarche d'admission au sein de l'IME fait l'objet d'un travail pluridisciplinaire pour en définir les différentes étapes et modalités. Ceci dans le souci d'accueillir le jeune et sa famille dans le plus grand respect et en corrélation avec notre agrément.

Ce travail a permis la mise en place d'une commission d'admission axée sur la collégialité qui propose et émet des avis techniques et cliniques sur les candidatures.

En dernier ressort, la décision d'admission est prise par la direction en tenant compte des divers avis.

III.3. La prise en charge des enfants
III.3.1. Les conditions d'hébergement
III.3.1.1 Les conditions générales d'hébergement

I3 : Interrompre immédiatement les travaux en cours dans la partie gauche du rez-de-chaussée du bâtiment ancien, dans la mesure où l'état des locaux appelle un projet architectural global en vue d'une mise aux normes, à soumettre à l'ARS pour étude de faisabilité.

Nous avons interrompu les travaux dès réception de votre lettre recommandée avec AR le vendredi 19 juillet 2013.

Les travaux du rez-de-chaussée du bâtiment ancien devaient être terminés fin août 2013.

L'aménagement de la partie gauche du rez-de-chaussée comporte 3 chambres de 21 m² pour 3 résidents chacune, une salle à manger pour le petit déjeuner de 40 m² et une salle de bains unique de 25 m² pour les 10 résidents de ce niveau.

Cette salle de bains est aménagée comme suit :

- 2 WC dont un aux normes d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap,
- 1 douche adaptée,
- Et un emplacement pour un chariot douche.

Cet aménagement avec une salle de bains unique est basé sur la démarche d'un travail en binôme qui nous paraît indispensable pour assurer la sécurité des résidents et travailler avec le souci du respect des consignes édictées par la PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique). Ce projet a été longuement étudié en collaboration étroite avec l'ergothérapeute et le personnel éducatif en charge de cette unité.

La manutention et les toilettes d'enfants polyhandicapés lourds nécessitent à tout moment l'intervention de deux personnels éducatifs.

Compte tenu de l'impossibilité de procéder à un relogement provisoire immédiat de ces résidents (cf. I5), nous sollicitons la reprise des travaux pour les accueillir de manière adaptée dans les meilleurs délais et ce dans l'attente d'un projet architectural global de cet ancien bâtiment que nous vous soumettrons pour l'ensemble des unités des polyhandicapés.

I4 : Arrêter toute nouvelle admission à titre permanent ou temporaire d'enfants destinés à être accueillis sur les trois niveaux du bâtiment ancien et les unités du RDC du château.

[redacted]

Préco10 :
Vu

I3 :
Dont acte pour l'interruption immédiate des travaux au RDC gauche du bâtiment ancien.

S'y ajoute, selon les indications données le jour de l'inspection, une chambre individuelle soit effectivement 10 lits.

L'établissement prévoit une salle de bain unique pour 10 jeunes.
La mission confirme que les installations sanitaires prévues ne respectent pas la règlementation en vigueur (articles D312.31 pour les déficients intellectuels et D312.91 pour les enfants polyhandicapés du CASF) soit respectivement 1 poste de douche pour 6 lits et 1 poste de douche pour 4 lits.
L'argument selon lequel les toilettes sont assurées par deux personnels éducatifs et donc qu'une seule salle de bain suffit, n'est pas recevable :

- Il est exact que les toilettes des jeunes atteints de polyhandicaps et/ou de handicaps mentaux profonds sont fréquemment réalisées par un binôme de professionnels. Pour autant, les IME disposent d'un nombre de salles de bain conforme à la règlementation, soit généralement une salle de bain commune à deux chambres de 3 lits (pour les déficiences mentales) et une salle de bain commune à deux chambres de 2 lits (pour les polyhandicaps). L'apprentissage des autonomies de la vie quotidienne même très partielles, le respect de l'intimité des jeunes, passent aussi par des installations sanitaires en nombre suffisant.
- Les publics peuvent évoluer vers des handicaps moins lourds avec des niveaux plus autonomes ; le respect de la règlementation en nombre d'installations sanitaires peut être un atout dans l'adaptation du bâti à l'évolution des publics accueillis.

[redacted] en ce qui concerne le projet architectural global.

I4 : => *voir page suivante*

22 b

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	I4 : Arrêter toute nouvelle admission à titre permanent ou temporaire d'enfants destinés à être accueillis sur les trois niveaux du bâtiment ancien et les unités du RDC du château. **I5 : Organiser immédiatement un relogement provisoire des 47 enfants et des jeunes concernés (cf.I4) et faire des propositions en ce sens à l'ARS.** **P9 : Disposer pour l'ensemble des unités d'hébergement, de lits à la taille des jeunes, supprimer les lits superposés, prévoir une literie et du linge de lit appropriés.**

Nous sommes profondément attristés par cette injonction, car l'arrêt de toute nouvelle admission a provoqué des situations très difficiles et compliquées pour les familles et les établissements avec lesquels nous nous étions engagés.

De plus, vous n'êtes pas sans savoir que ces ajournements ont un impact non négligeable sur notre budget de fonctionnement.

Nous avons contacté tous les établissements le vendredi 19 juillet 2013 dans l'après-midi pour arrêter les huit nouvelles admissions à partir du lundi 22 juillet 2013.

I5 : Organiser immédiatement un relogement provisoire des 47 enfants et des jeunes concernés (cf. I4) et faire des propositions en ce sens à l'ARS.

Sur le plan local (entretien avec M. Le Maire de Condom, M. B G le mardi 23 juillet 2013), nous nous sommes immédiatement rapprochés des services de la mairie afin de connaître une éventuelle possibilité d'accueil des résidents.
A ce jour, il n'y a aucun local disponible correspondant aux exigences pour l'accueil des résidents devant être relogés.

Dans un deuxième temps, nous avons rencontré le 28 août 2013, Monsieur N L , attaché commercial de la société ALGECO auquel nous avons soumis notre projet de relogement des 47 résidents.
La surface nécessaire pour le relogement est évaluée à 800 m².
Le coût de la location est de 13 000 € HT par mois.
A cela s'ajoute, l'agencement intérieur (SDB, WC, cuisine, infirmerie, local veilleur de nuit...etc.).
Cet agencement est évalué à 300 000 € HT en sus de la location.

Cette installation nous oblige à déposer un permis de construire et le concours d'un bureau d'étude et d'un bureau de contrôle.

Le seul emplacement envisageable est le terrain sur lequel est positionné la géothermie, d'où la difficulté sinon l'impossibilité technique d'implanter des plots en béton faisant office de fondation aux Algeco. Ces derniers doivent être fixés à un mètre de profondeur alors que la 1ère couche de la géothermie est à 90 cm.

Il existe un 2ème problème majeur qui est celui de la déclivité du terrain imposant des travaux de terrassement.

Si l'on globalise le coût : location des modules + agencement intérieur de ces modules + installation sur le terrain + aménagement du terrain, terrassement, adduction d'eau, évacuation des eaux usées, frais d'étude, mise en sécurité du bâtiment (incendie...) ; ce dernier est évalué entre 700 000 € et 800 000 € HT.

En outre, la réalisation du projet Algeco ne pourrait débuter que dans 5 à 6 mois minimum.

Dans le bâtiment ancien, à l'étage n-1 en sous-sol, nous avons décidé de supprimer les 4 dortoirs comprenant les box. Notre objectif est de reloger ces 24 résidents dans un nouveau bâtiment qui

I4 :
La mission prend acte de l'arrêt de toute nouvelle admission sur les **trois niveaux du bâtiment ancien et les unités du RDC du château.**

Il appartient au gestionnaire en application de l'article R314.46 du CASF de solliciter une décision budgétaire modificative entraînant une révision des tarifs de prestations dans le cas d'une « modification importante et imprévisible de l'activité ».

A ce titre, la réduction de l'activité a été prise en compte dans le nouveau tarif par décision budgétaire modificative de l'ARS en date du 7 août 2013.

[redacted]
Le gestionnaire fait état d'une solution de relogement provisoire, en structure modulaire, couteuse et difficile à mettre en œuvre.
Il indique qu'aucun local n'est disponible, à proximité de la commune.
La restructuration de l'établissement proposé en alternative n'est pas l'objet de cette injonction. La mission n'a donc pas à se prononcer sur le programme architectural proposé.

I5 :
[redacted]. Délai immédiat.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	I4 : Arrêter toute nouvelle admission à titre permanent ou temporaire d'enfants destinés à être accueillis sur les trois niveaux du bâtiment ancien et les unités du RDC du château. **I5 : Organiser immédiatement un relogement provisoire des 47 enfants et des jeunes concernés (cf.I4) et faire des propositions en ce sens à l'ARS.**
	P9 : Disposer pour l'ensemble des unités d'hébergement, de lits à la taille des jeunes, supprimer les lits superposés, prévoir une literie et du linge de lit appropriés.

sera construit dans le prolongement du bâtiment neuf déjà existant parallèlement au bâtiment cuisine et salle à manger.

Le projet architectural que nous vous proposons (cf. lettre du 9 août 2013) est évalué à 600 000 € HT (350 000 € à la charge de la SCI et 250 000 € à la charge de la SAS). La réalisation de ce dernier à compter de l'obtention du permis ne devrait pas dépasser 8 mois.

L'étude de ce projet a été confiée au cabinet d'architectes DPLG : Messieurs G et Vi . Un avant-projet sommaire (APS) pour une réalisation de 28 chambres individuelles et un pôle de soins médical/infirmiers vous sera soumis dans les meilleurs délais.

Ce projet permettra une unité de lieu de nuit pour l'ensemble des résidents accueillis sur la section Déficience intellectuelle.

En ce qui concerne le projet architectural global pour la section Polyhandicap, nous allons explorer deux hypothèses de travail :

- Solliciter notre cabinet d'architectes pour envisager la faisabilité de la mise aux normes du bâtiment ancien tant en termes d'agencements que de coûts.
- Faire réaliser un avant-projet sommaire (APS) pour la réalisation d'un bâtiment dédié aux résidents accueillis sur la section polyhandicap (avec une salle de kinésithérapie et d'ergothérapie, une salle Snoezelen et une balnéothérapie) dont la construction serait envisageable après l'extension du bâtiment de la section Déficience intellectuelle.
  Ce bâtiment aurait l'avantage d'être accolé au pôle de soins infirmiers.

Pour nous permettre plus de visibilité sur ces différents projets, nous souhaiterions vous rencontrer dans les meilleurs délais pour définir plus précisément vos orientations, vos priorités et les conditions de financement.

Dans le cas où le projet de construction serait retenu, le bâtiment ancien pourrait être dédié à un pôle administratif, salles d'activités (salle d'art thérapie, salle informatique, salle de sport), archivages, lingerie, zones de stockage du linge et des vêtements...).

P9 : Disposer pour l'ensemble des unités d'hébergement, de lits à la taille des jeunes, supprimer les lits superposés, prévoir une literie et du linge de lit appropriés.

Nous vous joignons un dossier technique concernant des lits adaptés pour l'ensemble de la section polyhandicap et le devis correspondant dont le coût global s'élève à 62 171,12 € TTTC (il en sera fait mention au Budget Prévisionnel 2014 : en dotations pour amortissement). (cf. pièce n° 5)

reste à ce jour deux lits superposés au niveau N-1 du bâtiment ancien.

Concernant la literie et le linge de lit : le dispositif en vigueur aujourd'hui nous semble adapté aux pathologies que nous accueillons (risques d'étouffement par la superposition de housses de couettes et de couettes). Les couettes utilisées ont toutes la « certification non feu » et sont lavées autant de fois que nécessaire.

III.3.2. Les rythmes de vie

Vous mentionnez dans le rapport provisoire pour la section Déficience intellectuelle que :

Observations définitives de la mission d'inspection de CAHS [redacted]

P9 :
La mission constate que le choix des lits se porte toujours sur des lits parcs (barrières ou vitrages).

La mission ne valide pas ces propositions, n'étant pas en mesure de se prononcer sur l'adéquation de ces lits aux typologies cliniques des enfants.

La mission demande à l'établissement de se rapprocher de structures équivalentes pour connaître les équipements utilisés et affiner ses choix.

[redacted]. Délai décembre 2013.

23 bis b

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
.3.2. Les rythmes de e	Les rythmes de vie des enfants sont variables en fonction du lieu des repas. Pour la cinquantaine d'enfants qui va au réfectoire (groupes « ATR », « pré-MAS », « enfants », « adolescents filles et garçons ») : petit-déjeuner dans l'unité à 9h00, déjeuner à 12h30 et dîner à 18h45, coucher autour de 20h, soit un jeûne de 13h30. Pour les autres enfants (château, RDC et 1er étage du bâtiment ancien) qui mangent dans leur unité : petit-déjeuner à partir de 8h00, déjeuner à 11h15 et dîner à partir de 17h15, coucher en suivant pour ceux qui sont alimentés par sonde et coucher à 18h-18h45 pour les autres, soit un jeûne de 14h pour les enfants sans nutrition entérale. Il a été indiqué que des enfants sont réveillés systématiquement au cours de la nuit au motif de l'apprentissage de la propreté. **P10 : Revoir les rythmes de vie de façon à prévoir un jeûne nocturne maximum de 12h, 4 repas par jour à intervalles de 3 à 4h. (PNNS 2001-2005 et Guide Nutrition des enfants et des adolescents).** **P11 : Revoir les rythmes de repas et de coucher en fonction des besoins des enfants, de la saison et pour éviter un jeûne nocturne de plus de 12 heures.** **P12 : Revoir les modalités d'apprentissage de la propreté qui doivent faire l'objet d'une conduite à tenir selon les situations.**
.3.3. accompagnement dividualisé : haque enfant énéficie d'un projet dividualisé intégrant s trois omposantes : dagogique, ducative, érapeutique (Article 312.19)	*Sources : examen des dossiers des enfants, Projet personnalisé d'accompagnement type* A ce jour, les jeunes accueillis ne bénéficient pas d'un projet individualisé. Toutefois, malgré l'absence de ce dernier, les jeunes ont une prise en charge construite sur des temps éducatifs essentiellement collectifs et des temps thérapeutiques et rééducatifs le plus souvent individuels. L'élaboration d'un projet individualisé pour les enfants accueillis avec un emploi du temps individuel annexé, la désignation d'un référent coordonnateur du projet doivent débuter en septembre. La tenue de réunions de synthèse et la réalisation par les rééducateurs et récemment par les éducateurs de bilan/évaluation en faveur de l'enfant, même s'ils sont perfectibles, doivent faciliter la mise en place d'un accompagnement individualisé. Un document type de projet individualisé a été élaboré : sa structuration en plusieurs parties est conforme au contenu attendu. Il en est de même pour la méthodologie retenue. **P13 : à partir des orientations retenues en commission d'admission, mettre en œuvre les projets individualisés conformément à l'article D312-10-2 du CASF et aux recommandations de l'ANESM, en respectant l'échéance prévue et tester les outils et la méthodologie retenus.**

- Le petit déjeuner est à 9H alors qu'il débute à 8H au lever,
- Le coucher est indiqué à 20H alors que les résidents se couchent à 21H.

P10 : Revoir les rythmes de vie de façon à prévoir un jeûne nocturne maximum de 12h, 4 repas par jour à intervalles de 3 à 4h. (PNNS 2001-2005 et Guide Nutrition des enfants et des adolescents).

La direction met en place à compter du 1er octobre 2013 une refonte des plannings sur la section Polyhandicap avec une modification des horaires :

- Ces réajustements permettront une présence éducative de 8h à 20h.
  Une harmonisation des horaires sur l'ensemble de l'établissement pour assurer une prise en charge éducative de 8H à 21H nécessiterait sur la section polyhandicap 5 110 heures supplémentaires soit 3,5 ETP de postes éducatifs supplémentaires.

- En conséquence, les horaires de repas seront modifiés : le petit déjeuner sera toujours à 8h, le déjeuner sera à 12h, le gouter à 15h45 et le diner à 18h15.

- Nous allons recruter une AMP/AS (1 ETP) pour venir renforcer les temps clefs du quotidien sur les unités des polyhandicapés (horaire : 8h-12h et 17h-20h). Ces modalités permettront des transmissions effectives avec les équipes de nuit.

P11 : Revoir les rythmes de repas et de coucher en fonction des besoins des enfants, de la saison et pour éviter un jeûne nocturne de plus de 12 heures.

Cf. réponse P10.

P12 : Revoir les modalités d'apprentissage de la propreté qui doivent faire l'objet d'une conduite à tenir selon les situations.

Les modalités d'apprentissage de la propreté sont en travail avec à la fois les équipes éducatives et les paramédicaux (l'ergothérapeute travaille plus précisément dans le cadre des prises en charge sur l'autonomie et la propreté des résidents).

Cette prescription quant à la révision de nos modalités d'apprentissage de la propreté ne semble pas tenir compte de la réalité du travail effectué par les équipes. Aussi, nous vous demandons de bien vouloir nous préciser le sens de ce type de prescription.

III.3.3. L'accompagnement individualisé : Chaque enfant bénéficie d'un projet individualisé intégrant les trois composantes : pédagogique, éducative, thérapeutique (Article D312.19)

P13 : A partir des orientations retenues en commission d'admission, mettre en œuvre les projets individualisés conformément à l'article D312-10-2 du CASF et aux recommandations de l'ANESM, en respectant l'échéance prévue et tester les outils et la méthodologie retenus.

A partir de la méthodologie (cf. pièce n° 6), nous envisageons dès la rentrée de septembre d'organiser nos travaux de synthèse autour de cet outil : projet personnalisé.

[redacted]

Vu.
Voir point suivant.

P10 :
L'établissement ne répond pas à la problématique du jeûne nocturne pratiqué dans l'établissement et qui dépasse les recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS). Le dîner fixé à 18h15, est servi trop tôt.

[redacted]. Délai immédiat.

Concernant les recrutements supplémentaires, voir point supra, relatif à l'organisation des équipes.

P11 :
Cf. réponse P10

P12 :
La mission a constaté que des jeunes étaient réveillés systématiquement au cours de la nuit au motif de l'apprentissage de la propreté. Cette pratique interroge sur le respect des cycles de sommeil de l'enfant. La mission entend que l'institution mène une réflexion sur les actions à mettre en œuvre pour chaque jeune afin de mettre fin à une pratique discutable.

[redacted]. Délai immédiat.

P13 :
Dont acte

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	P14 : Identifier le référent de projet individualisé pour chaque enfant et rédiger une fiche de poste précisant clairement ses fonctions : coordination et suivi du projet, recueil des données sur l'évolution de jeune en préparatoire à la synthèse. Inscrire dans les dossiers des jeunes le nom de leur référent. **P15: Développer une dynamique pluriprofessionnelle et mettre en place une dynamique participative avec les familles.**

P14 : Identifier le référent de projet individualisé pour chaque et rédiger une fiche de poste précisant clairement ses fonctions : coordination et suivi du projet, recueil des données sur l'évolution de jeune en préparatoire à la synthèse. Inscrire dans les dossiers des jeunes le nom de leur référent.

Sur la section déficience intellectuelle, nous avons nommé un référent pour chaque résident.

Sur la section Polyhandicap, et dans le cadre de l'élaboration du projet de service, le comité de pilotage a entériné à partir d'une commission thématique la réflexion autour de la notion de référent (commission 1 : la notion de référence). (cf. pièce n° 7)

Depuis de longues années, cette notion traverse tous les grands textes et lois cadres qui balisent notre travail et notre secteur d'activité. En germe dans les Annexe XXIV (dans le prolongement du concept de « projet personnalisé »), son existence est réaffirmée tout au long de la loi du 2 janvier 2002, dite « de rénovation sociale ».
Il nous a donc paru important de mettre sur le papier, à destination des familles, quelques réflexions autour de cette notion et autour de la façon dont nous concevons son rôle dans l'établissement.

Les grands axes d'intervention du référent sont :
- Supervision de la vie quotidienne du résident.
- Rédaction des rapports de comportement, des synthèses...
- Liaison avec les familles en collaboration avec l'équipe de direction.

Quelles sont plus précisément ses fonctions :
- Recueillir / Rassembler / Transmettre : le référent est le premier dépositaire de l'histoire du jeune. Il aura ainsi le souci de recueillir les informations, de rassembler les éléments permettant d'élaborer autour du jeune une prise en charge cohérente. Il élabore d'une certaine façon une synthèse des différents regards portés sur l'enfant.
- Il lui appartient de faire en sorte que se perdent le moins possible d'éléments de l'histoire du résident : collecter, mettre en forme, raconter...
- Il doit être en interconnexion avec les différents professionnels, en particulier avec la pédopsychiatre.

.e référent représente pour le résident la personne vers qui se tourner en cas de besoin, tout en achant que la richesse de la prise en charge des résidents ne peut se concevoir que dans la nultiplicité des interrelations, et non comme conséquence d'une dualité « enfant-référent ».
:n son absence, la transition peut être assurée par d'autres membres de l'équipe : nous entendons lonc nous inscrire dans un double mouvement : du référent vers les équipes, des équipes vers le éférent.

a fiche de fonction du référent sera travaillée lors de la commission thématique 1.

15 : Développer une dynamique pluriprofessionnelle et mettre en place une dynamique articipative avec les familles.

ans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé, des bilans pluriprofessionnels (éducatif, iédical, paramédical, infirmier...) permettront cette dynamique (cf. réponse au P13).

Observations définitives de la région d'inspection de l'ARS Midi-Pyrénées

P14 :

[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai de mise en œuvre fixé par la mission pour la rédaction d'une fiche de fonction, la désignation de tous les référents et l'inscription de leur nom dans les dossiers : décembre 2013

P15 :

Dont acte, sans oublier la formalisation concernant les échanges avec les familles.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Chez les enfants, adolescents et jeunes majeurs pris en charge figurent des troubles du spectre autistique. Des éléments recueillis par la mission, il ressort que l'équipe pluri professionnelle de l'IME ne met pas en œuvre des interventions éducatives et thérapeutiques conformes aux recommandations de l'HAS et l'ANESM, y compris pour le diagnostic. Pour tous les enfants, les professionnels doivent adosser leurs pratique à une exigence éthique « maximale » reconnaissant l'enfant comme un sujet dont la prise en charge repose sur des valeurs humanistes de respect de l'enfant en tant que personne et vise le développement de ses potentialités. **P16 : Engager une collaboration avec le Centre Ressources Autisme MIP pour confirmer le diagnostic et construire des interventions conformes aux bonnes pratiques.**
I.3.5. La prise en harge médicale et oignante	
I.3.5.1.les soins omatiques et sychiatriques	*Sources : entretiens, dossiers des enfants, programmes journaliers de tâches IDE, projets de groupes éducatifs* Les soins sont réalisés sous l'autorité et la responsabilité du médecin pédopsychiatre, directeur de l'établissement. Elle rédige ses observations et rapporte ses décisions ainsi que ses prescriptions dans un document informatisé (cf.infra III.3.5.5.). Concernant **les soins somatiques et psychiatriques** des jeunes, le pédopsychiatre travaille avec les infirmiers qui sont ses interlocuteurs privilégiés auxquels elle donne ses instructions par écrit sur le classeur de transmission à l'issue de sa visite quotidienne dans les unités. La prévention bucco-dentaire et les soins associés ne sont pas organisés. **P17 : au regard des orientations inscrites dans le projet régional de santé (Schéma régional de prévention et schéma régional d'organisation médico-sociale), structurer des actions de prévention bucco-dentaire et assurer les soins associés et leur traçabilité.**
I.3.5.2. Les soins de éducation	**En médecine physique et en réadaptation,** la surveillance médicale et technique des jeunes polyhandicapés et pluri-handicapés avec déficience motrice est réalisée par un médecin de médecine physique et de réadaptation intervenant en consultation dans l'IME une fois par mois. Cette consultation se fait en présence d'une partie des rééducateurs (masseur kinésithérapeute et ergothérapeute). Les prises en charges rééducatives de ces jeunes sont réalisés par le masseur kinésithérapeute et l'ergothérapeute (kinésithérapie notamment respiratoire, verticalisation, installation, adaptation des appareillages). Les adaptations techniques et les appareillages (fauteuils, coques moulées, attelles de posture, chaussures orthopédiques..) sont réalisés respectivement en interne par l'ergothérapeute (atelier à disposition) et en externe par un prestataire. Les prises en charge en psychomotricité et en orthophonie concernent essentiellement les jeunes déficients intellectuels avec troubles

Concernant les familles, à l'issue de la réunion de synthèse, les parents ou représentants légaux ainsi que les organismes de tutelle sont invités à venir rencontrer l'équipe éducative (dans son occurrence pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire) en vue de la signature du projet personnalisé et celle de l'emploi du temps du résident.

Nous voulons défendre l'existence d'une dynamique participative avec les familles compte tenu de la qualité et de la nature du lien entre les familles et notre institution.

Au demeurant, cette dialectique peut manquer de formalisation. Il n'en demeure pas moins qu'elle autorise une grande qualité d'échange entre les familles et les équipes pluriprofessionnelles.

III.3.4. Spécificités du public accueilli et conditions de prise en charge

P16 : Engager une collaboration avec le Centre Ressources Autisme MIP pour confirmer le diagnostic et construire des interventions conformes aux bonnes pratiques.

e médecin coordinateur de l'établissement est en contact avec le CRA d'Agen.

a nécessité du travail en réseau nous fera rapprocher du CRA Midi-Pyrénées.

III.3.5. La prise en charge médicale et soignante
III.3.5.1. Les soins somatiques et psychiatriques

17 : Au regard des orientations inscrites dans le projet régional de santé (Schéma régional de révention et schéma régional d'organisation médico-sociale), structurer des actions de prévention ucco-dentaire et assurer les soins associés et leur traçabilité.

ı ce qui concerne les soins dentaires courants, nous sommes en contact régulier avec le docteur iodson, chirurgien-dentiste à Condom. Nous envisageons la mise en place d'une convention avec praticien.

ı ce qui concerne plus particulièrement la démarche de soins dentaires pour les enfants ılyhandicapés, nous travaillons à nous rapprocher du service HANDIDENT à Toulouse.

III.3.5.2. Les soins de rééducation
III.3.5.3. Les soins infirmiers

: (articles R 4311.1 au 4311.15 du CSP : actes professionnels des IDE) :

- **Structurer et gérer un dossier de soins infirmiers**

us avons créé un dossier de soins infirmiers sur l'ordinateur des infirmiers.

P16 :

[redacted] : outre un contact, une collaboration étroite avec le CRA doit être mise en place sans délai.

P17 :

[redacted] : Délai immédiat.
Outre un contact, une collaboration doit s'engager avec tout chirurgien dentiste formé à la prise en charge de cette population.

I6 :

Dossier de soins infirmiers : [redacted] en l'absence de document type communiqué à la mission. Délai immédiat.

I6 : => suite voir page suivante

26b

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	psychiques associés. Les prises en charges rééducatives sont individuelles. Elles répondent aux préconisations du CASF en matière de médecine physique et réadaptation. Les rééducateurs réalisent des bilans à l'entrée et des évaluations en vue des échanges en synthèse, **étape préalable à l'élaboration/révision d'un projet individualisé**. En complémentarité avec les rééducateurs intervient un éducateur sportif (gymnastique, parcours santé, activités sportives, « francombat »). **Les interventions à visée sensorimotrices et psychothérapeutiques :** Les psychomotriciennes en lien avec l'équipe éducative travaillent sur les apprentissages sensorimoteurs et le développement du schéma corporel. L'une d'entre elles anime un atelier sur les émotions et la relaxation. Des activités de musicothérapie sont proposées et un projet d'arthérapie a été élaboré sur l'un des groupes éducatifs.
II.3.5.3. Les soins nfirmiers	**Les soins infirmiers** sont réalisés par des IDE travaillant en 12 heures (1 en jour, 1 en nuit) avec un chevauchement de 10 minutes pour effectuer les transmissions. **Pour leur exercice, les IDE ne disposent pas de locaux de soins adaptés**. Les tâches à accomplir font l'objet d'une programmation quotidienne. De l'analyse de ce document, il ressort que les IDE sont essentiellement positionnés sur leur rôle prescrit. Ils font la préparation des médicaments, leur distribution et leur administration uniquement chez les jeunes polyhandicapés (cf. infra). Ils réalisent essentiellement des soins techniques prescrits. Dans le cadre du rôle propre, ils réalisent l'administration par sonde gastrique (nutrition entérale pour 8 enfants). En l'absence d'un dossier de soins par enfant, la traçabilité des soins infirmiers et plus globalement des interventions infirmières, s'effectue sur les classeurs de transmission. <u>Analyse :</u> L'absence d'un dossier de soins infirmiers par enfant ne permet pas une vision globale du suivi de l'enfant. Le suivi des paramètres de l'état de santé (courbes de croissance et de poids…) ne fait pas l'objet d'une traçabilité par les IDE. Par ailleurs, ils n'ont pas mis en place de procédures et de protocoles sur la réalisation des soins infirmiers (exemple : nutrition entérale par sonde de gastro-stomie, gestion des crises d'épilepsie)

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Les IDE ne développent pas des interventions sur leur rôle propre : ils n'encadrent pas et ne participent pas aux soins de nursing avec les aides soignantes. De plus, ils n'interviennent pas auprès des jeunes et des éducateurs en éducation/promotion de la santé. Les pratiques professionnelles des IDE au niveau des soins techniques ne permettent pas de garantir ni la qualité ni la sécurité des soins techniques. **<u>I6</u> : (articles R 4311.1 au 4311.15 du CSP : actes professionnels des IDE)** : - **Structurer et gérer un dossier de soins infirmiers** - **Disposer de protocoles (cf point III.3.5.7)** - **Assurer et tracer le suivi nominatif de l'état de santé des résidents et les soins infirmiers réalisés.**
I.3.5.4. Les soins de ursing	Les soins de nursing concernant les jeunes les plus lourdement handicapés et les plus médicalisés sont réalisés par les aides soignants et les aides médico-psychologiques. La fiche de fonction de ces professionnels les place sous l'autorité hiérarchique du chef de service éducatif. Outre le « prendre soin », ils aident l'IDE dans la réalisation des soins. **<u>Analyse :</u>** Chez les enfants les plus lourds, les soins d'hygiène doivent être considérés comme des actes infirmiers relevant du rôle propre, déléguables aux aides soignants. Alors que les IDE sont uniquement impliqués dans les soins techniques, les AS/AMP « prennent soin » au quotidien, sans encadrement infirmier, des jeunes les plus dépendants. **Le positionnement actuel des IDE ne peut se poursuivre.** **<u>Préco11</u> : Engager une réflexion sur l'organisation des soins, les complémentarités IDE/AS/AMP et les délégations. A cette fin, faire appel, sous forme de prestations, à un cadre infirmier hospitalier expérimenté ou à un enseignant d'IFSI.** **<u>Préco12</u> : adapter la fiche de fonction des IDE et des AS aux spécificités de prise en charge des enfants dans le médico-social.**
II.3.5.5. Les dossiers médico-sociaux	Les dossiers des résidents sont détenus au secrétariat, au château. Chaque dossier se présente sous la forme d'une chemise identifiée au nom de l'enfant qui regroupe, dans des sous-chemises : - le carnet de santé - les documents administratifs en ce qui concerne les droits d'assuré sociaux et de complémentaire santé (carte-vitale, CMU-C) - les antécédents - les documents relatifs à l'origine des enfants (MDPH, ASE...)

- **Disposer de protocoles** (cf. point III.3.5.7)

Les infirmiers disposent des protocoles suivants :

Protocole de contention, en cas d'hyperthermie, en cas de douleur, pour les crises d'épilepsie, de prise en charge du résident constipé, de prise en charge du résident diarrhéique, en cas de nausées ou de vomissements, protocole de distribution et prise des médicaments.

Une procédure générale du circuit du médicament est mise en œuvre.

Cette liste non exhaustive sera élargie durant les prochains mois.

- **Assurer et tracer le suivi nominatif de l'état de santé des résidents et les soins infirmiers réalisés.**

Une fiche informatisée de suivi individuel médical des résidents est déjà réalisée.

Une fiche informatisée de suivi individuel des soins infirmiers a été réalisée et mise en application le eudi 25 juillet 2013.

III.3.5.4. Les soins de nursing

réco11 : Engager une réflexion sur l'organisation des soins, les complémentarités IDE/AS/AMP et es délégations. A cette fin, faire appel, sous forme de prestations, à un cadre infirmier hospitalier xpérimenté ou à un enseignant d'IFSI.

réco12 : Adapter le fiche de fonction des IDE et des AS aux spécificités de prise en charge des nfants dans le médico-social.

oncernant ces deux préconisations (11 et 12), nous envisageons de recruter à temps partiel un adre de santé également formateur à l'IFSI.

engagera cette réflexion sur la spécificité de chacun dans la démarche des soins et elle sera ormalisée dans la fiche de fonction.

III.3.5.5. Les dossiers médico-sociaux

éco13 : Faciliter l'accès au dossier socio-éducatif et aux données éducatives concernant les unes pris en charge et prévoir l'informatisation du dossier individuel des jeunes accueillis.

oncernant l'accès au dossier socio-éducatif et aux données éducatives, nous possédons déjà une océdure de consultation.

oncernant l'informatisation du dossier individuel, nous avons pris rendez-vous le ardi 24 septembre 2013 avec la société CORWIN pour une présentation du logiciel de gestion du ssier usager OSIRIS.

I6 : (suite)

Disposer de protocoles :

- Protocole contention : le format « type » de la prescription ne correspond pas au protocole : pas de date de prescription, durée de prescription non précisée. Proscrire la reconduction tacite mais prévoir une nouvelle prescription après évaluation, le cas échéant ;
- Protocole pour les crises d'épilepsie pour le personnel éducatif : dans le § « Que faire », prévenir le 15 et non le cadre d'astreinte ;
- Protocole pour les crises d'épilepsie pour les IDE : protocole à détailler sur le plan pratique (matériel et suivi), pour la dose en fonction du poids se référer à un protocole nominatif. Si médecin non joignable, prévenir le 15 et non le cadre d'astreinte ;
- Protocole prise en charge du résident constipé : à revoir car ne définit pas la conduite à tenir dans l'attente de l'avis médical ;
- Protocole nausées, vomissements : supprimer « identifier les causes » et remplacer par prise en charge ; Préciser le poids pour VOGALENE® ;
- Procédure générale du circuit du médicament : §5 « préparation des traitements » : comment va être réalisée la vérification des administrations par une personne différente ? Pour l'administration des traitements buvables, il serait préférable de n'avoir qu'un flacon entamé par médicament pour les résidents concernés. Dans §6, indiquer délégation et non « collaboration » et prévoir une formation des AS/AMP. En cas d'erreur d'administration, prévoir d'informer le médecin ou à défaut le 15.

Assurer et tracer le suivi nominatif de l'état de santé : injonction maintenue en l'absence de document type communiqué à la mission en ce qui concerne la traçabilité réalisée par les IDE.

Préco 11 et 12 :

Cf. supra réponse préco 4 : Ce travail de mise à plat et de propositions d'organisation et de délégation de taches IDE/AS, peut être assuré par une mission temporaire confiée à un cadre infirmier hospitalier expérimenté connaissant le médico-social ou un enseignant d'IFSI. Le recrutement d'un cadre de santé ne se justifie pas.

Délai : octobre 2013.

Préco 13 :

Vu pour l'informatisation.

[redacted] concernant l'accessibilité. Délai immédiat.
La mission confirme que les professionnels doivent avoir un libre-accès aux dossiers socio-éducatifs des résidents, dans un lieu facile d'accès et sans intermédiaire.

286

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	- les échanges de courriers entre médecins - les résultats d'examens médicaux (y compris les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale) - les bilans médico-éducatifs établis par le pédopsychiatre - les ordonnances de sortie en cas de séjour réalisé à l'extérieur de la structure. S'ajoute un document électronique nominatif, sous format word, tenu à jour par le pédopsychiatre, accessible sur le PC informatique de l'infirmerie. Il récapitule le traitement médicamenteux lors de l'admission de l'enfant, et précise de façon chronologique, toutes les évènements significatifs qui se sont produits : les ajustements ou modifications de traitements, les traitements d'affections intercurrentes (infections…), les évènements indésirables (blessures, fugues…), les vaccinations... C'est à partir de ce document qu'en cas de sortie de l'enfant, le pédopsychiatre rédige la prescription médicale, établi sur un format d'ordonnance bizonale (document cerfa) qui est remise à l'accompagnateur Les équipes éducatives n'ont pas accès librement aux dossiers des jeunes qui sont détenus au secrétariat de la direction. **<u>Préco13</u> : Faciliter l'accès au dossier socio-éducatif et aux données éducatives concernant les jeunes pris en charge et prévoir l'informatisation du dossier individuel des jeunes accueillis.**

- **Disposer de protocoles** (cf. point III.3.5.7)

Les infirmiers disposent des protocoles suivants :

Protocole de contention, en cas d'hyperthermie, en cas de douleur, pour les crises d'épilepsie, de prise en charge du résident constipé, de prise en charge du résident diarrhéique, en cas de nausées ou de vomissements, protocole de distribution et prise des médicaments.

Une procédure générale du circuit du médicament est mise en œuvre.

Cette liste non exhaustive sera élargie durant les prochains mois.

- **Assurer et tracer le suivi nominatif de l'état de santé des résidents et les soins infirmiers réalisés.**

Une fiche informatisée de suivi individuel médical des résidents est déjà réalisée.

Une fiche informatisée de suivi individuel des soins infirmiers a été réalisée et mise en application le jeudi 25 juillet 2013.

III.3.5.4. Les soins de nursing

Préco11 : Engager une réflexion sur l'organisation des soins, les complémentarités IDE/AS/AMP et les délégations. A cette fin, faire appel, sous forme de prestations, à un cadre infirmier hospitalier expérimenté ou à un enseignant d'IFSI.

Préco12 : Adapter le fiche de fonction des IDE et des AS aux spécificités de prise en charge des enfants dans le médico-social.

Concernant ces deux préconisations (11 et 12), nous envisageons de recruter à temps partiel un cadre de santé également formateur à l'IFSI.

Il engagera cette réflexion sur la spécificité de chacun dans la démarche des soins et elle sera formalisée dans la fiche de fonction.

III.3.5.5. Les dossiers médico-sociaux

Préco13 : Faciliter l'accès au dossier socio-éducatif et aux données éducatives concernant les jeunes pris en charge et prévoir l'informatisation du dossier individuel des jeunes accueillis.

Concernant l'accès au dossier socio-éducatif et aux données éducatives, nous possédons déjà une procédure de consultation.

Concernant l'informatisation du dossier individuel, nous avons pris rendez-vous le mardi 24 septembre 2013 avec la société CORWIN pour une présentation du logiciel de gestion du dossier usager OSIRIS.

[redacted]

I6 : (suite)

Disposer de protocoles :

- Protocole contention : le format « type » de la prescription ne correspond pas au protocole : pas de date de prescription, durée de prescription non précisée. Proscrire la reconduction tacite mais prévoir une nouvelle prescription après évaluation, le cas échéant ;
- Protocole pour les crises d'épilepsie pour le personnel éducatif : dans le § « Que faire », prévenir le 15 et non le cadre d'astreinte ;
- Protocole pour les crises d'épilepsie pour les IDE : protocole à détailler sur le plan pratique (matériel et suivi), pour la dose en fonction du poids se référer à un protocole nominatif. Si médecin non joignable, prévenir le 15 et non le cadre d'astreinte ;
- Protocole prise en charge du résident constipé : à revoir car ne définit pas la conduite à tenir dans l'attente de l'avis médical ;
- Protocole nausées, vomissements : supprimer « identifier les causes » et remplacer par prise en charge ; Préciser le poids pour VOGALENE® ;
- Procédure générale du circuit du médicament : §5 « préparation des traitements » : comment va être réalisée la vérification des administrations par une personne différente ? Pour l'administration des traitements buvables, il serait préférable de n'avoir qu'un flacon entamé par médicament pour les résidents concernés. Dans §6, indiquer délégation et non « collaboration » et prévoir une formation des AS/AMP. En cas d'erreur d'administration, prévoir d'informer le médecin ou à défaut le 15.

Assurer et tracer le suivi nominatif de l'état de santé : injonction maintenue en l'absence de document type communiqué à la mission en ce qui concerne la traçabilité réalisée par les IDE.

Préco 11 et 12 :

Cf. supra réponse préco 4 : Ce travail de mise à plat et de propositions d'organisation et de délégation de taches IDE/AS, peut être assuré par une mission temporaire confiée à un cadre infirmier hospitalier expérimenté connaissant le médico-social ou un enseignant d'IFSI. Le recrutement d'un cadre de santé ne se justifie pas.

Délai : octobre 2013.

Préco 13 :

Vu pour l'informatisation.

[redacted] concernant l'accessibilité. Délai immédiat.
La mission confirme que les professionnels doivent avoir un libre-accès aux dossiers socio-éducatifs des résidents, dans un lieu facile d'accès et sans intermédiaire.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
3.5.6. Les ınsmissions entre ırsonnels ıignants	Sur le bureau de l'infirmerie, se trouvent 2 classeurs utilisés pour les transmissions IDE de nuit/IDE de jour et IDE/ médecin. L'un des classeurs concerne les résidents du château, du RDC et du 1er étage (pouponnière) du bâtiment ancien. L'autre concerne les résidents du sous-sol du bâtiment ancien et du bâtiment nouveau. Les mentions réalisées par l'IDE de nuit apparaissent en vert. Ces deux classeurs sont utilisés de la même façon pour consigner de façon chronologique (au fil du temps) : - les observations ou les interventions des IDE (erreur de médicaments, troubles du sommeil, affection, blessure,...) qui sont ensuite visées par le pédopsychiatre; - les modifications de traitements chroniques ou les traitements intercurrents décidés par le pédopsychiatre. Ce classeur comporte également la fiche de suivi chronologique des traitements intercurrents prescrits. **I7 : Supprimer la fiche de suivi et la remplacer par une ordonnance (art. R.5132-3 du CSP).**
.3.5.7. Les otocoles de soins	Mis à part les deux classeurs du bureau regroupant les transmissions IDE-IDE-médecin, il n'y a pas d'autres documents disponibles à l'infirmerie. La plupart des informations (soins à réaliser, conduites à tenir) sont transmises oralement et donc non formalisées (« on le sait » ; « on les connait »). **I8 : Mettre en place des « protocoles » décrivant la prise en charge par l'IDE, de symptômes courants (fièvre, douleur, diarrhée...) ou en urgence (crise épileptique) sans avoir recours à un avis médical préalable.** **I9 : Mettre en place des « protocoles nominatifs » décrivant la conduite à tenir vis-à-vis de certains jeunes.** **I10 : Mettre en place des « protocoles de soins » décrivant les modalités de réalisation des soins courants (gastrostomie, pansements...).**
.3.5.8. La gestion ɜs situations urgence	Les situations d'urgences sont signalées à l'IDE qui en assure la gestion sous la responsabilité du médecin. Aucune procédure n'est rédigée pour faciliter la gestion des situations d'urgence ni aucun protocole de soins (cf. supra).

III.3.5.6. Les transmissions entre personnels soignants

I7 : Supprimer la fiche de suivi et la remplacer par une ordonnance (article R.5132-3 du CSP).

Toutes les ordonnances ont été réalisées par résident avec les commandes correspondantes auprès de notre pharmacie.

III.3.5.7. Les protocoles de soins

I8 : Mettre en place des « protocoles » décrivant la prise en charge par l'IDE, de symptômes courants (fièvre, douleur, diarrhée...) ou en urgence (crise épileptique) sans avoir recours à un avis médical préalable.

Nous avons mis en place des protocoles décrivant la prise en charge par l'IDE :

- En cas de douleur,
- De prise en charge du résident diarrhéique,
- De prise en charge du résident constipé,
- En cas d'hyperthermie,
- Pour les crises d'épilepsie.

Pour les crises d'épilepsie, une ordonnance nominative a été rédigée pour traiter une crise de plus de 3 minutes en fonction de chaque résident.

I9 : Mettre en place des « protocoles nominatifs» décrivant la conduite à tenir vis-à-vis de certains jeunes.

Nous souhaiterions que vous nous apportiez quelques précisions sur vos attentes vis-à-vis de cette injonction.

De notre côté, nous associons à cette injonction le paragraphe 5 « faire face aux « comportements-problèmes » (page 32) » des Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement de l'ANESM.

Lors de notre réunion de rentrée du 10 septembre 2013, nous avons abordé à partir de notre ordre du jour cette question en la renvoyant sur un travail en réunion d'équipe pluridisciplinaire.

I10 : Mettre en place des « protocoles de soins» décrivant les modalités de réalisation des soins courants (gastrostomie, pansements).

Nous sommes en cours de rédaction des protocoles de soins.

III.3.5.8. La gestion des situations d'urgence
III.3.5.9. Les locaux de soins

I7 :
Dont acte

I8 :
[redacted]. Délai immédiat.
Cf. I6 – Les protocoles sur la prise en charge de la fièvre et de la douleur n'ont pas été communiqués.
Il convient de rédiger un protocole sur la prise en charge des chutes notamment.

I9 :
[redacted]. Délai immédiat.
En ce qui concerne les protocoles nominatifs, il s'agit de rédiger un ordonnance nominative anticipée pour des « si besoin » spécifiques et de survenue récurrente mais imprévisible - exemple : épisode d'agitation avec violence, crise d'épilepsie, épisode d'hypoglycémie...
Ceci est à différencier de la prise en charge globale et pluridisciplinaire des troubles du comportement.

I10 :
[redacted] en l'absence de mise en œuvre à ce jour.
Délai immédiat.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
II.3.5.9. Les locaux de soins : cabinet médical équipé et salle d'attente salle de soins, réserve de pharmacie fermée à clef infirmerie avec 1 ou 2 chambres locaux pour les rééducations individuelles et activités de groupe	Il n'y a pas de cabinet médical. Il n'y a pas de salle de soins. L'infirmerie est située au RDC du « Château ». C'est un couloir de circulation (emprunté pour accéder à la salle d'activité) qui sert de bureau et de lieu de détention et de préparation des médicaments. Elle est dépourvue de point d'eau. Un réfrigérateur est utilisée pour la conservation d'aliments (yaourts utilisés pour l'administration es médicaments…). Une armoire réservée à la détention du matériel de soins (bandes, matériel médical…) est située dans une zone d'accès à un escalier. **<u>I11</u> : Dans le cadre du projet architectural global (cf.point III.3.1.1.), prévoir l'aménagement de salles de soins dans des locaux appropriés et en priorité dans l'unité hébergeant les enfants les plus lourdement handicapés au 1er étage du bâtiment ancien.** **Ces salles de soins devront être fermées à clef, réservées au personnel autorisé.** **Elles devront comprendre des armoires permettant la détention des traitements des résidents, de façon séparée, enfant par enfant et des armoires nécessaires au rangement du matériel médical.** **Elles devront disposer d'un point d'eau et d'une paillasse pour procéder au nettoyage du matériel utilisé ou à l'hygiène des mains.** Les rééducateurs (MK, ergothérapeute, psychomotriciennes, orthophoniste) disposent de locaux spécifiques pour réaliser les interventions prescrites. A noter qu'en raison des travaux sur le bâtiment ancien, les conditions d'exercice du MK et de l'ergothérapeute ne sont pas satisfaisantes.
III.3.6. La gestion des médicaments	La gestion des médicaments n'est pas du tout satisfaisante et doit être améliorée immédiatement (cf. annexe n°4 relative au circuit du médicament). <u>Prescriptions médicales</u> Il n'y a pas de prescription nominative disponible dans l'établissement, récapitulant uniquement la totalité du traitement en cours de chaque enfant (mis à part les prescriptions établies en cas de sortie du résident). **<u>I12</u> : Rédiger des ordonnances précisant le traitement chronique de chaque enfant et les détenir classées et disponibles à l'infirmerie (R. 5132-3 du CSP).** **Ces ordonnances, puisqu'elles seront établies par un seul médecin, pourraient avantageusement être dactylographiées de façon à ce que leur format soit directement utilisé pour la préparation des pilluiers sans avoir recours à un autre support.** ***[A titre d'exemple :*** ***heures de prises : Matin midi soir coucher*** ***Par ligne : médicament dosage forme x x x x du .... au ....]*** **Les traitements intercurrents doivent faire l'objet d'une prescription additionnelle gérée de la même façon.** **L'ordonnance doit préciser à la fois le nom du princeps (médicament de référence) et le nom de générique (DCI) dans le cas des médicaments substituables.** **Des ordonnances sécurisées doivent être utilisées pour la prescription des médicaments classés stupéfiants.**

I11 : Dans le cadre du projet architectural global (cf. point III.3.1.1.), prévoir l'aménagement de salles de soins dans des locaux appropriés et en priorité dans l'unité hébergeant les enfants les plus lourdement handicapés au 1er étage du bâtiment ancien.

Nous avons choisi d'installer le local de soins infirmiers dans la pièce à gauche dans le couloir près de l'escalier de secours comme vous nous l'aviez conseillé. Un point d'eau a été mis en place.

Par ailleurs, des achats de mobilier ont été effectués :

- Table d'examen, tabouret et guéridon.
- Lampe d'examen sur pied roulant.
- Consommables adaptés.
- Armoire deux portes fermant à clef.

Dans le cadre du projet architectural global, l'extension que nous vous proposons prendra en compte l'ensemble des injonctions par la construction d'un pôle de soins adapté (bureau infirmier, bureau médical, salle de soins, pharmacie et chambre d'infirmerie).

III.3.6. La gestion des médicaments

I12 : Rédiger des ordonnances précisant le traitement chronique de chaque enfant et les détenir classées et disponibles à l'infirmerie (R. 5132-3 du CSP).

Ces ordonnances, puisqu'elles seront établies par un seul médecin, pourraient avantageusement être dactylographiées de façon à ce que leur format soit directement utilisé pour la préparation des piluliers sans avoir recours à un autre support : cette injonction a été réalisée.

Les traitements intercurrents doivent faire l'objet d'une prescription additionnelle gérée de la même façon : cette injonction a été réalisée.

L'ordonnance doit préciser à la fois le nom du princeps (médicament de référence) et le nom de générique (DCI) dans le cas des médicaments substituables : cette injonction a été réalisée.

Des ordonnances sécurisées doivent être utilisées pour la prescription des médicaments classés stupéfiants : Mme le docteur Dr I M a demandé à la CPAM fin juillet 2013 de lui faire parvenir des ordonnances sécurisées (cf. courrier du 26 juillet 2013).

Nous avons relancé la demande puisque les ordonnances sécurisées ne nous sont pas encore parvenues.

I13 : Procéder à la commande des traitements des résidents auprès de la pharmacie de ville en transmettant les prescriptions nominatives des résidents et non à travers un bon de commande hebdomadaire (R. 5132-6 du CSP).

Dans un premier temps, nous utilisons notre stock de médicaments pour préparer les prescriptions individuelles.

Nous adresserons dès la fin septembre, les ordonnances individuelles à notre pharmacie.

[redacted]

I11 :

Vu, pour la salle de soins créée au 1er étage dans l'attente du relogement.
La mission précise qu'elle n'a pas indiqué d'implantation précise de l'infirmerie au 1er étage du bâtiment ancien.

[redacted]. Délai immédiat, en ce qui concerne l'infirmerie située au RDC du Château.

I12 :
Dont acte
En ce qui concerne les ordonnances dites sécurisées, elles doivent être achetées auprès d'un imprimeur agréé par l'ordre des médecins. Elles ne sont pas disponibles auprès de la CPAM.

I13 :
Dont acte

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Fourniture des médicaments Les médicaments sont fournis principalement par l'une des 4 pharmacies de CONDOM. **I13 : Procéder à la commande des traitements de résidents auprès de la pharmacie de ville en transmettant les prescriptions nominatives des résidents et non à travers un bon de commande hebdomadaire (R. 5132-6 du CSP).**

I11 : Dans le cadre du projet architectural global (cf. point III.3.1.1.), prévoir l'aménagement de salles de soins dans des locaux appropriés et en priorité dans l'unité hébergeant les enfants les plus lourdement handicapés au 1er étage du bâtiment ancien.

Nous avons choisi d'installer le local de soins infirmiers dans la pièce à gauche dans le couloir près de l'escalier de secours comme vous nous l'aviez conseillé. Un point d'eau a été mis en place.

Par ailleurs, des achats de mobilier ont été effectués :

- Table d'examen, tabouret et guéridon.
- Lampe d'examen sur pied roulant.
- Consommables adaptés.
- Armoire deux portes fermant à clef.

Dans le cadre du projet architectural global, l'extension que nous vous proposons prendra en compte l'ensemble des injonctions par la construction d'un pôle de soins adapté (bureau infirmier, bureau médical, salle de soins, pharmacie et chambre d'infirmerie).

III.3.6. La gestion des médicaments

I12 : Rédiger des ordonnances précisant le traitement chronique de chaque enfant et les détenir classées et disponibles à l'infirmerie (R. 5132-3 du CSP).

Les ordonnances, puisqu'elles seront établies par un seul médecin, pourraient avantageusement être dactylographiées de façon à ce que leur format soit directement utilisé pour la préparation des piluliers sans avoir recours à un autre support : cette injonction a été réalisée.

Les traitements intercurrents doivent faire l'objet d'une prescription additionnelle gérée de la même façon : cette injonction a été réalisée.

L'ordonnance doit préciser à la fois le nom du princeps (médicament de référence) et le nom de générique (DCI) dans le cas des médicaments substituables : cette injonction a été réalisée.

Les ordonnances sécurisées doivent être utilisées pour la prescription des médicaments classés stupéfiants : Mme le docteur D[illegible] / M[illegible] a demandé à la CPAM fin juillet 2013 de lui faire parvenir des ordonnances sécurisées (cf. courrier du 26 juillet 2013).

Nous avons relancé la demande puisque les ordonnances sécurisées ne nous sont pas encore parvenues.

I13 : Procéder à la commande des traitements des résidents auprès de la pharmacie de ville en transmettant les prescriptions nominatives des résidents et non à travers un bon de commande hebdomadaire (R. 5132-6 du CSP).

Dans un premier temps, nous utilisons notre stock de médicaments pour préparer les prescriptions individuelles.

Nous adresserons dès la fin septembre, les ordonnances individuelles à notre pharmacie.

[redacted]

I11 :

Vu, pour la salle de soins créée au 1er étage dans l'attente du relogement.
La mission précise qu'elle n'a pas indiqué d'implantation précise de l'infirmerie au 1er étage du bâtiment ancien.

[redacted]. Délai immédiat, en ce qui concerne l'infirmerie située au RDC du Château.

I12 :
Dont acte.
En ce qui concerne les ordonnances dites sécurisées, elles doivent être achetées auprès d'un imprimeur agréé par l'ordre des médecins. Elles ne sont pas disponibles auprès de la CPAM.

I13 :
Dont acte

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Détention des produits Les médicaments sont détenus classés par ordre alphabétique (dénomination) et par forme. Ils ne sont pas individualisés au nom de l'enfant destinataire. Des reliquats de traitements (blisters ou boîtes) sont conservés dans des boîtes en cartons. **Préco14 : Ne plus détenir les médicaments classés par forme et par ordre alphabétique, mais de façon séparée, par résident, dans une « barquette » identifiée à ses noms et prénom.** **Certaines formes volumineuses (sachets, flacons…) et les reliquats de traitement pourront être conservés séparément.** Une mallette plastique (type vanity) regroupe des produits utilisés pour les soins usuels. Elle contient, en vrac : du matériel pour la réalisation de pansements. Elle n'est pas apparue particulièrement propre. **Préco15 : Procéder à une gestion organisée des mallettes utilisées par les IDE pour procéder aux soins courants. Le contenu de ces mallettes doit être défini. Elles doivent être régulièrement nettoyées et convenablement réapprovisionnées.** Préparation des médicaments La gestion des gouttes buvables n'est pas apparue appropriée le jour de l'inspection. **Préco16 : Procéder à une gestion appropriée des gouttes buvables :** **- en termes de condition de conservation des flacons entamés (flacons bouchés après emploi – dispositif de dosage nettoyé et conservé propre et sec dans un verre propre prévu à cet effet après emploi)** **- en termes de récipient : identification des godets sur le corps du flacons et non sur le bouchon** **- en termes d'hygiène (procéder au nettoyage et au séchage des flacons avant de les re-préparer).**

Préco14 : Ne plus détenir les médicaments classés par forme et par ordre alphabétique, mais de façon séparée, par résident, dans une « barquette » identifiée à ses nom et prénom.

Les barquettes ont été livrées. Des photos avec nom, prénom, section, groupe ont été collées sur les barquettes.

Les piluliers et leurs structures modulaires ont également été livrés et installés dans la nouvelle pharmacie.

Préco15 : Procéder à une gestion organisée des mallettes utilisées par les IDE pour procéder aux soins courants. Le contenu de ces mallettes doit être défini. Elles doivent être régulièrement nettoyées et convenablement réapprovisionnées.

Une liste type a été rédigée en concertation avec les IDE et validée par le Médecin coordinateur.

Un protocole fixant l'usage, les conditions de réapprovisionnement et de nettoyage des mallettes est en cours de réalisation.

Préco16 : Procéder à une gestion appropriée des gouttes buvables :

- **En termes de condition de conservation des flacons entamés (flacons bouchés après emploi – dispositif de dosage nettoyé et conservé propre et sec dans un verre propre prévu à cet effet après emploi)**
- **En termes de récipient : identification des godets sur le corps du flacon et non sur le bouchon**
- **En termes d'hygiène (procéder au nettoyage et au séchage des flacons avant de les re-préparer).**

Comme le docteur Dr [illegible] a revu l'ensemble des traitements de solutions buvables dans le but de les remplacer par des traitements de comprimés ou de gélules dans la mesure où ce changement n'impacte pas la qualité de la thérapeutique.

Sur la section déficience intellectuelle, seuls deux résidents sur les 48 continuent de prendre un traitement avec des solutions buvables ou des gouttes dont un traitement prescrit par le CHU de Bordeaux.

Sur la section Polyhandicap, sur les 33 résidents, 6 continuent à prendre un traitement de solutions buvables ou gouttes notamment les résidents alimentés par gastrostomie. Ces traitements sont séparés dans le local de soins infirmiers au 1er étage du bâtiment ancien.

Sur les traitements restants, nous respectons notre procédure générale du circuit du médicament qui vous a été transmise lors de notre courrier du 26 juillet 2013 (cf. 5) et c)).

Préco17 : Procéder à une gestion harmonisée des piluliers des résidents de façon à ce qu'au moins un pilulier journalier nominatif soit disponible par enfant et mettre fin à l'utilisation de piluliers partagés.

Se voir l'organisation de la préparation des piluliers.

Observations et/ou mesures de la section d'inspection du pôle médico-sanitaire

Préco14 :
Vu
Les médicaments des résidents doivent être conservés dans leurs barquettes.

Préco15 :
[redacted] en l'absence de documents types communiqués à la mission.
Délai immédiat.

Préco16 :
cf. réponse supra I6
[redacted]. Délai immédiat.

Préco17 : ***=> suite voir page suivante***

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Les piluliers (4 compartiments) sont préparés uniquement au regard des indications dactylographiées retranscrites sur l'étiquette du pilulier et non au regard d'une prescription nominative. - Pour les enfants qui prennent leur repas dans les lieux de vie (Château, bâtiment ancien (poly-handicapés) RDC et 1er étage/pouponnière) : un pilulier nominatif par enfant identifié à ses nom et prénom et récapitulant par heure de prise le traitement correspondant (étiquette dactylographiée). - Pour les enfants qui prennent leur repas (déjeuner/diner) au réfectoire (sous-sol du bâtiment ancien et bâtiment nouveau), les prises sont fractionnées par heure de prise : un pilulier par heure de prise (matin – midi – soir – coucher) partagé entre 4 enfants. Le pilulier est identifié par une étiquette dactylographiée qui indique : l'heure de prise (en vert : soir...), et au-dessus de chaque compartiment, l'identité de l'enfant et la posologie du traitement correspondant (médicament – dosage – prise). Les piluliers font donc l'objet d'une préparation quotidienne, ce qui correspond, pour certains traitements à une préparation prise par prise. Le jour de l'inspection, un pilulier présent à l'infirmerie a été prélevé au hasard. Il a été relevé que le sachet de MICROPAKINE LP 100 mg et celui de MICROPAKINE LP 200 mg avait été oubliés. **Préco17 : Procéder à une gestion harmonisée des piluliers des résidents de façon à ce qu'au moins un pilulier journalier nominatif soit disponible par enfant et mettre fin à l'utilisation de piluliers partagés.** **Revoir l'organisation de la préparation des piluliers.** **Les piluliers doivent être préparés au regard de la ou des prescriptions en vigueur (si traitement intercurrent) tout au plus, une fois par jour.** **Le pilulier doit comporter uniquement : les nom et prénom du patient, l'heure de prise, le jour de prise, le cas échéant, le groupe de l'enfant éventuellement.** Les piluliers et la corbeille sont déposés sur un plateau plastique pour être transportés, de l'infirmerie au lieu d'administration. **Préco18 : Utiliser un dispositif de transport des piluliers préparés approprié entre l'infirmerie et la salle de soins : permettant de disposer d'un pilulier journalier par enfant sous traitement médicamenteux.** Administration **Préco19 : En cas de sortie d'un enfant pour un séjour d'au plus trois jours (durée la plus fréquente des sorties), il convient de remettre les piluliers journaliers préparés correspondant à la durée du séjour avec une copie de la (ou des) prescriptions en cours plutôt que des boîtes ou des blisters de comprimés.**
I.3.7. La prise en harge éducative	La prise en charge éducative est réalisée sur les entités que constituent les groupes de vie et se structure à partir d'une réflexion menée, au travers de groupes de travail, par les équipes éducatives sur l'élaboration puis la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement éducatif. Cette démarche est en place sur les groupes prenant en charge les jeunes déficients intellectuels avec troubles associés, c'est-à-dire les groupes enfants, adolescents filles et garçons, jeunes en accompagnement thérapeutique renforcé (ATR) et jeunes adultes « pré-MAS ». Les éducateurs spécialisés, éducateur de jeunes enfants et moniteurs éducateurs assurent ou participent aux actes de la vie courant avec les AMP et aides soignantes. Toutefois, les éducateurs spécialisés assurent la fonction de coordonnateur de groupe.

Les piluliers doivent être préparés au regard de la ou des prescriptions en vigueur (si traitement intercurrent) tout au plus, une fois par jour.

Le pilulier doit comporter uniquement : les nom et prénom du patient, l'heure de prise, le jour de prise, le cas échéant, le groupe de l'enfant éventuellement.

Nous avons procédé à l'ensemble de ces préconisations.

Préco18 : Utiliser un dispositif de transport des piluliers préparés approprié entre l'infirmerie et la salle de soins : permettant de disposer d'un pilulier journalier par enfant sous traitement médicamenteux.

Nous avons acheté un chariot de transport CIMMA pour piluliers.

Préco19 : En cas de sortie d'un enfant pour un séjour d'au plus trois jours (durée la plus fréquente des sorties), il convient de remettre les piluliers journaliers préparés correspondant à la durée du séjour avec une copie de la (ou des) prescriptions en cours plutôt que des boites ou des blisters de comprimés.

Pour les sorties en famille d'au plus trois jours, nous proposons de fournir uniquement les ordonnances comme nous le faisons déjà pour des séjours de plus longue durée.

III.3.7. La prise en charge éducative

P18 : Mettre en place, sur ces groupes n'en bénéficiant pas, au-delà des soins primaires, un accompagnement éducatif visant à développer les potentialités de l'enfant sur le plan sensoriel, cognitif, et relationnel (art. D312-84 2° et 6° CASF).

Plusieurs points nécessitent d'être approfondis :

- **L'accompagnement du vivre ensemble au sein des groupes,**
- **La transversalité (intergroupes) de certaines activités au niveau des adolescents notamment.**
- **Le développement de moyens appropriés d'expression et de communication avec les jeunes accueillis,**
- **Les postures professionnelles et la prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement,**
- **L'organisation d'activités sur le temps libre.**

Nous avons rassemblé ces différents points autour d'une problématique que nous avons confiée à nos contacts à l'Institut Saint-Simon de Toulouse et de Tarbes (Cf. P7)

III.4. Les relations avec les familles

III.4.1. Relations parents/professionnels

Préco17 :
Vu

Préco18 :
Vu

Préco19 :
[redacted]. Délai de réalisation : immédiat

P18 :
[redacted] car même si la formation constituera un support (connaissances et outils) pour l'établissement dans cette démarche, la mise en œuvre de cet accompagnement éducatif incombe à l'établissement.
Délai immédiat.

34b

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	Analyse : Pour les groupes des déficients intellectuels, depuis 2012, la mise en place du projet individualisé, d'un référent de projet individualisé, de réunions d'équipes mensuelles et la désignation d'un coordonnateur par groupe sont des leviers pour réussir la structuration d'un projet d'accompagnement éducatif. Les objectifs du projet appelé « éducatif et thérapeutique » sont posés et sont conformes aux orientations du CASF. En effet les actions menées par l'équipe éducative visent à permettre le développement de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, le vivre ensemble, le jouer ensemble, le développement cognitif, physique et corporel de chaque enfant ainsi que sa socialisation et ceci en lien avec l'équipe thérapeutique et l'éducateur sportif (*sources : documents projet éducatif et thérapeutique des groupes A24, projet du groupe enfants, bilan annuel du groupe adolescents garçons, projet du groupe ATR).* Pour ce faire, sous l'égide du chef de service éducatif, les équipes ont réinvesti l'observation clinique (cf. les éléments recueillis sur le groupe des petits et le groupe adulte) et structuré un projet de groupe organisé autour d'ateliers éducatifs réalisés en interne (activités créatives et manuelles, des activités musicales, des jeux et sports collectifs....) ou en partenariat (ferme pédagogique, ludothèque, médiathèque...) Un travail périscolaire est également mis en place chez les enfants et les adolescents. Le travail engagé sur ces groupes répond aux attentes en matière d'accompagnement éducatif mais il faudra réaliser une évaluation à N+1 de la mise en œuvre. Des plannings hebdomadaires portant sur les activités éducatives ont été réalisées. Ils montrent que le matin, en dehors de l'accompagnement à la réalisation des actes de la vie quotidienne, il n'y a pas d'activités éducatives structurées en raison de prises en charge thérapeutiques individuelles. Cette démarche n'a pas débuté sur les autres groupes (groupe château, groupes RDC et 1er étage polyhandicapés/pluri handicapés). **P18 : Mettre en place, sur ces groupes n'en bénéficiant pas, au-delà des soins primaires, un accompagnement éducatif visant à développer les potentialités de l'enfant sur le plan sensoriel, cognitif et relationnel (art. D312-84 2° et 6°CASF).** **Plusieurs points nécessitent d'être approfondis :** - **l'accompagnement du vivre ensemble au sein des groupes,** - **la transversalité (intergroupes) de certaines activités au niveau des adolescents notamment.** - **le développement de moyens appropriés d'expression et de communication avec les jeunes accueillis** - **les postures professionnelles et la prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement** - **l'organisation d'activités sur le temps libre.**

Les piluliers doivent être préparés au regard de la ou des prescriptions en vigueur (si traitement intercurrent) tout au plus, une fois par jour.

Le pilulier doit comporter uniquement : les nom et prénom du patient, l'heure de prise, le jour de prise, le cas échéant, le groupe de l'enfant éventuellement.

Nous avons procédé à l'ensemble de ces préconisations.

Préco18 : Utiliser un dispositif de transport des piluliers préparés approprié entre l'infirmerie et la salle de soins : permettant de disposer d'un pilulier journalier par enfant sous traitement médicamenteux.

Nous avons acheté un chariot de transport CIMMA pour piluliers.

Préco19 : En cas de sortie d'un enfant pour un séjour d'au plus trois jours (durée la plus fréquente des sorties), il convient de remettre les piluliers journaliers préparés correspondant à la durée du séjour avec une copie de la (ou des) prescriptions en cours plutôt que des boites ou des blisters de comprimés.

Pour les sorties en famille d'au plus trois jours, nous proposons de fournir uniquement les ordonnances comme nous le faisons déjà pour des séjours de plus longue durée.

III.3.7. La prise en charge éducative

P18 : Mettre en place, sur ces groupes n'en bénéficiant pas, au-delà des soins primaires, un accompagnement éducatif visant à développer les potentialités de l'enfant sur le plan sensoriel, cognitif, et relationnel (art. D312-84 2° et 6° CASF).

Plusieurs points nécessitent d'être approfondis :

- **L'accompagnement du vivre ensemble au sein des groupes,**
- **La transversalité (intergroupes) de certaines activités au niveau des adolescents notamment.**
- **Le développement de moyens appropriés d'expression et de communication avec les jeunes accueillis,**
- **Les postures professionnelles et la prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement,**
- **L'organisation d'activités sur le temps libre.**

Nous avons rassemblé ces différents points autour d'une problématique que nous avons confiée à nos contacts à l'Institut Saint-Simon de Toulouse et de Tarbes (Cf. P7)

III.4. Les relations avec les familles

III.4.1. Relations parents/professionnels

Préco17 :
Vu

Préco18 :
Vu

Préco19 :
[redacted]. Délai de réalisation : immédiat

P18 :
[redacted] car même si la formation constituera un support (connaissances et outils) pour l'établissement dans cette démarche, la mise en œuvre de cet accompagnement éducatif incombe à l'établissement.
Délai immédiat.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
II.4. Les relations ıvec les familles	
II.4.1.Relations ›arents/professionnels - Association de la famille à l'élaboration du projet individualisé, sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation article D312.14 CASF)	Les relations avec les parents relèvent d'une prérogative du service médical qui assure les entretiens avec les parents lors de la demande d'admission de l'enfant, ainsi que l'obtention des prestations par la CDAPH. Lors des entretiens, les professionnels ont précisé n'avoir que peu de contact avec les parents, limités à des échanges courts et non formalisés lors des sorties et retours de WE. La mission n'a pas eu connaissance de temps consacré à la famille concernant le projet individualisé de leur enfant. L'établissement n'a pas structuré dans son fonctionnement institutionnel, un mode d'échanges avec les familles ou représentants légaux de l'enfant. L'envoi de bilans semestriels ou annuels de l'enfant n'apparait pas dans les dossiers examinés. Il n'y a pas de sous-dossier « correspondances famille ». **<u>P19</u> : Envoyer systématiquement chaque semestre aux familles les bilans semestriels des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant et au minimum une fois par an un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation, selon le handicap (D312.14 et D312.85 CASF).**
II.4.2.Le Conseil de la ʌie sociale	Désignés en 2012, les membres de cette instance qui ne s'est réunie qu'une fois, doivent se l'approprier.
II.4.3 Le livret d'accueil	Le projet de livret d'accueil ne contient pas les éléments préconisés dans la circulaire DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil. **<u>Préco20</u> : revoir le contenu du livret d'accueil au regard de la circulaire et du projet d'établissement puis le soumettre aux instances consultatives.**
III.4.3. Le règlement de ʃonctionnement précise ɛs modalités et les ɔoraires de retour de ʃ'enfant dans sa famille ɔu les conditions de visite des parents dans l'établissement (article	Il existe un projet de règlement de fonctionnement datant de février 2013, conforme dans sa structure aux dispositions prévues par le CASF (article R311-35 à 37). Cependant, tout comme les autres documents institutionnels, il n'a pas été soumis pour avis au conseil de la vie sociale ni aux instances représentatives du personnel. Certaines de ses dispositions sont éloignées de la réalité constatée, telles que le projet d'accompagnement de l'usager, la description des locaux et notamment leur accessibilité aux personnes handicapées. La mission relève que : - les modalités concrètes de respect des droits des jeunes ne sont pas précisées et n'existent pas dans les faits (intimité, autonomie et

P19 : Envoyer systématiquement chaque semestre aux familles les bilans semestriels des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant et au minimum une fois par an un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation, selon le handicap (D312.14 et D.312.85 CASF).

Cf. P13 (cf. pièce n°6).

III.4.2. Le Conseil de la vie sociale
III.4.3 Le livret d'accueil

Préco20 : Revoir le contenu du livret d'accueil au regard de la circulaire et du projet d'établissement puis le soumettre aux instances consultatives.

Nous allons revoir le contenu du livret d'accueil conformément à la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

III.4.4. Le règlement de fonctionnement

P20 : Préciser, dans le règlement de fonctionnement les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement conformément à l'article D312.38 du CASF.

Nous allons revoir les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement conformément à l'article D312.38 du CASF dans le cadre de la réécriture du règlement de fonctionnement.

IV. La maîtrise des risques institutionnels
IV.1. Protocole de gestion des incidents et évènements indésirables

Préco21 : La fiche « évènement indésirable » mérite d'être corrigée et doit être plus précise sur l'identité du déclarant/identité de la victime, l'identité de la personne ayant pris la mesure corrective et le contrôle.

(cf. pièce n°8)

IV.2. Conduites à tenir sur les situations de maltraitance

Préco22 : Etablir une fiche de procédure interne/externe de signalement et de traitement des situations de maltraitance et informer le personnel de la conduite à tenir.

Nous avons déjà rédigé et diffusé en octobre 2012 suite à la formation Bientraitance pour l'ensemble du personnel.

Observations relatives de la Mission d'inspection de l'ARS [redacted]

P19 :
[redacted]. Délai de réalisation : immédiat

Préco20 :
[redacted] en l'absence de document communiqué à la mission.
Délai immédiat.

P20 :
[redacted] en l'absence de document communiqué à la mission.
Délai immédiat.

Préco21 :
la fiche « événement indésirable » doit préciser l'âge de la victime et la fonction de tous les intervenants.
[redacted]. Délai : immédiat

Préco22 :
[redacted] en l'absence de documents types communiqués à la mission.
Délai immédiat.

36b

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
)312.38 CASF)	liberté de circuler, prise en charge adaptée...), - l'absence de précision sur les horaires et les conditions de visite des parents, mais aussi sur les modalités de sortie des enfants durant les WE et les vacances (nombre de semaines par an, organisation des sorties, délivrance des traitements...), - le lieu exact d'affichage de ces documents (règlement de fonctionnement et livret d'accueil) dans les locaux de l'IME, non précisé. **<u>P20</u> : Préciser, dans le règlement de fonctionnement les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement conformément à l'article D312.38 du CASF.**
V. LA MAITRISE DES RISQUES INSTITUTIONNELS	
V.1. Protocole de gestion des incidents et évènements indésirables	Le protocole de signalement et de gestion des évènements indésirables existe. Le classeur comportant les procédures est situé dans l'infirmerie. Cette conduite à tenir est en voie d'appropriation par les personnels. En effet, à la suite d'une erreur dans l'administration d'un traitement, le chef de service a rappelé le 03 juillet 2013, dans le cahier de transmission du bâtiment ancien, l'obligation pour les professionnels de déclarer tout événement indésirable. **<u>Préco21</u> : La fiche « évènement indésirable » mérite d'être corrigée et doit être plus précise sur l'identité du déclarant / identité de la victime, l'identité de la personne ayant pris la mesure corrective et le contrôle.**

P19 : Envoyer systématiquement chaque semestre aux familles les bilans semestriels des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant et au minimum une fois par an un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation, selon le handicap (D312.14 et D.312.85 CASF).

Cf. P13 (cf. pièce n°6).

III.4.2. Le Conseil de la vie sociale
III.4.3 Le livret d'accueil

Préco20 : Revoir le contenu du livret d'accueil au regard de la circulaire et du projet d'établissement puis le soumettre aux instances consultatives.

Nous allons revoir le contenu du livret d'accueil conformément à la Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

III.4.4. Le règlement de fonctionnement

P20 : Préciser, dans le règlement de fonctionnement les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement conformément à l'article D312.38 du CASF.

Nous allons revoir les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement conformément à l'article D312.38 du CASF dans le cadre de la réécriture du règlement de fonctionnement.

IV. La maîtrise des risques institutionnels
IV.1. Protocole de gestion des incidents et évènements indésirables

Préco21 : La fiche « évènement indésirable » mérite d'être corrigée et doit être plus précise sur l'identité du déclarant/identité de la victime, l'identité de la personne ayant pris la mesure corrective et le contrôle.

(cf. pièce n°8)

IV.2. Conduites à tenir sur les situations de maltraitance

Préco22 : Etablir une fiche de procédure interne/externe de signalement et de traitement des situations de maltraitance et informer le personnel de la conduite à tenir.

Nous avons déjà rédigé et diffusé en octobre 2012 suite à la formation Bientraitance pour l'ensemble du personnel :

[redacted]

P19 :
[redacted]. Délai de réalisation : immédiat

Préco20 :
[redacted] en l'absence de document communiqué à la mission.
Délai immédiat.

P20 :
[redacted] en l'absence de document communiqué à la mission.
Délai immédiat.

Préco21 :
la fiche « événement indésirable » doit préciser l'âge de la victime et la fonction de tous les intervenants.
[redacted]. Délai : immédiat

Préco22 :
[redacted] en l'absence de documents types communiqués à la mission.
Délai immédiat.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
V.2. Conduites à tenir sur les situations de maltraitance	Le document remis à la mission ne contient pas de procédure de signalement et de traitement de situations de maltraitance en vigueur dans l'établissement. **<u>Préco22</u> : Etablir une fiche de procédure interne/externe de signalement et de traitement des situations de maltraitance et informer le personnel de la conduite à tenir.**
IV.3 Les avis et prescriptions de la commission d'arrondissement de Condom pour la sécurité, contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public	Les risques inhérents aux locaux et les pratiques institutionnelles constatées par la mission sont confortés par le contenu du dernier procès-verbal en date du 04 juin 2012, de la commission d'arrondissement de Condom (cf. annexe n°5). Ayant émis un avis favorable à la poursuite de l'activité de l'IME, elle l'a assorti de 24 prescriptions dont 13 prescriptions particulières et appelle l'attention de l'exploitant sur leur respect rigoureux. Quatre de ces prescriptions concernent les moyens humains à mettre à disposition et la nécessité de maintenir l'ensemble des issues de secours déverrouillées : - « présence d'une aide humaine disponible en permanence pour participer à l'évacuation » (n°3) - « maintenir pendant l'exploitation et l'admission du public, l'ensemble des issues de secours libre de tout obstacle et déverrouillées pour permettre une évacuation rapide et sûr » (n°6) - « former les employés sur la conduite à tenir en cas d'incendie et les entrainer à la manœuvre des moyens de secours en cas d'incendie » (n°9) - « veiller à ce que les portes de sorties de secours soient déverrouillées pendant la présence du public ou être maintenues verrouillées sous réserve que le déverrouillage puisse être effectué automatiquement par asservissement du système d'alarme » (n°11) **Dans ce contexte, la mission s'interroge sur le respect des conditions de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans l'établissement au regard des éléments communiqués à la mission (PV de la commission de sécurité, comptes-rendus du CHSCT) et de la visite des locaux (dortoirs et issues de secours maintenus fermées à clef pendant la nuit) et de la lourdeur des handicaps des jeunes accueillis.**
IV.4 Les délibérations et résolutions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).	L'IME qui emploie plus de 50 salariés, dispose d'un CHSCT mais qui ne se réunit pas 4 fois par an comme prévu à l'article L236-2-1du Code du Travail. Les procès-verbaux de 4 réunions de CHSCT ont été fournis (23 janvier 2013, 26 mars 2012, 4 juillet 2012 et 10 décembre 2012). N'a pas été produit celui du 27 mai 2013 qui portait à l'ordre du jour les travaux du bâtiment ancien et la modification des horaires de travail. La lecture de ces PV porte à la connaissance de la mission les éléments suivants concernant le CHSCT : - Il est composé de 3 représentants cadres exclusivement de direction et de 3 professionnels non cadres, - Il ne semble pas avoir été destinataire du dernier PV de la commission d'arrondissement de Condom pour la sécurité et informée des 24 prescriptions afin de veiller à leur réalisation. - Informé de la réalisation de travaux dans le bâtiment ancien, aucune remarque n'a été formulée sur les conditions d'hébergement (temporaires et futures) des enfants concernés,

P19 : Envoyer systématiquement chaque semestre aux familles les bilans semestriels des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant et au minimum une fois par an un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation, selon le handicap (D312.14 et D.312.85 CASF).

Cf. P13 (cf. pièce n°6).

III.4.2. Le Conseil de la vie sociale
III.4.3 Le livret d'accueil

Préco20 : Revoir le contenu du livret d'accueil au regard de la circulaire et du projet d'établissement puis le soumettre aux instances consultatives.

Nous allons revoir le contenu du livret d'accueil conformément à la Circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

III.4.4. Le règlement de fonctionnement

P20 : Préciser, dans le règlement de fonctionnement les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement conformément à l'article D312.38 du CASF.

Nous allons revoir les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement conformément à l'article D312.38 du CASF dans le cadre de la réécriture du règlement de fonctionnement.

IV. La maîtrise des risques institutionnels
IV.1. Protocole de gestion des incidents et évènements indésirables

Préco21 : La fiche « évènement indésirable » mérite d'être corrigée et doit être plus précise sur l'identité du déclarant/identité de la victime, l'identité de la personne ayant pris la mesure corrective et le contrôle.

(cf. pièce n°8)

IV.2. Conduites à tenir sur les situations de maltraitance

Préco22 : Etablir une fiche de procédure interne/externe de signalement et de traitement des situations de maltraitance et informer le personnel de la conduite à tenir.

Nous avons déjà rédigé et diffusé en octobre 2012 suite à la formation Bientraitance pour l'ensemble du personnel :

[redacted]

P19 :
[redacted]. Délai de réalisation : immédiat

Préco20 :
[redacted] en l'absence de document communiqué à la mission.
Délai immédiat.

P20 :
[redacted] en l'absence de document communiqué à la mission.
Délai immédiat.

Préco21 :
la fiche « événement indésirable » doit préciser l'âge de la victime et la fonction de tous les intervenants.
[redacted]. Délai : immédiat

Préco22 :
[redacted] en l'absence de documents types communiqués à la mission.
Délai immédiat.

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
	- Les exercices pratiques (dits « manœuvres ») et les formations incendie prescrites par la commission d'arrondissement pour la sécurité ne sont pas réalisés, la dernière formation incendie ayant été faite le 15 juin 2010, **<u>Préco23</u> : Produire à la mission d'inspection le PV de la réunion du CHSCT du 27 mai 2013.** **Dans ce contexte, la mission s'interroge sur le rôle rempli par le CHSCT.** Ainsi, l'inspection du travail sera destinataire du présent rapport.
IV.5 La démarche d'évaluation interne	La démarche d'évaluation interne a été initiée à la suite des échanges relatifs aux conditions de prise en charge des enfants présentant des TED et aux prescriptions notifiées par l'ARS à l'IME en août 2012 concernant la démarche qualité. La direction de l'IME a fait appel à un organisme consultant habilité par l'ANESM « Smart Consult ». Le rapport d'évaluation interne a été validé au sein de l'établissement en février 2013 et a été transmis à l'ARS en réponse à son courrier du 22 août 2012. Les constats de la mission d'inspection sont confortés par les résultats de l'évaluation interne qui néanmoins ne met pas en exergue tous les dysfonctionnements relevés. Le groupe de pilotage de la démarche d'évaluation interne était composée de 14 professionnels de l'IME parmi lesquels ne figurait pas le médecin « gérant ». Sur la base des conclusions et préconisations, 24 actions ont été retenues parmi lesquelles : • L'action n°24, la seule portée par le médecin « gérant » en sa qualité de dirigeant de la SAS, prévoit la réfection des locaux du bâtiment ancien et des locaux thérapeutiques pour des raisons de confort des usagers. Or, il s'agit d'une mise en conformité avec les conditions générales d'installation. Aucune réflexion globale n'est envisagée (groupe de travail, rénovation ou reconstruction, ...) Les actions n° 5, 8 et 10 sont confiées au directeur adjoint, ce qui interroge la mission dans la mesure où elles concernent l'organisation des soins infirmiers et devraient incomber au service médical. Et alors même que la directrice est positionnée l'élaboration d'une procédure de consultation des dossiers médicaux et la clarification des bilans infirmiers aux réunions de synthèse (actions n°7 et 9).

- Une procédure de prévention et de lutte contre les abus (conduites inacceptables non répréhensibles pénalement),
- Une procédure d'identification et d'évocation des situations de maltraitances répréhensibles pénalement,
- Une charte de bientraitance,
- Un protocole de signalement des évènements indésirables.

IV.3. Les avis et prescriptions de la commission

IV.4. Les délibérations et résolutions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Préco23 : Produire à la mission d'inspection le PV de la réunion du 27 mai 2013. Dans ce contexte, la mission s'interroge sur le rôle rempli par le CHSCT. Ainsi, l'inspection du travail sera destinataire du présent rapport.

(cf. pièce n° 9)

Préco23 :
Vu.
A l'examen du PV du CHSCT en date du 27/05/2013 : il n'y a pas de présentation précise des travaux, leur déroulement et l'aménagement final en ce qui concerne le RDC du bâtiment ancien.
Les remarques des membres du CHSCT ne sont pas reprises par la direction (par exemple en ce qui concerne les lits suspendus).
Ceci confirme qu'il n'y a pas de réflexion globale et pluridisciplinaire sur l'amélioration des bâtiments d'hébergement, ce qui justifie l'arrêt immédiat des travaux en cours (ou le maintien de l'injonction I3).

POINTS DE CONTROLE	CONSTATS PRECONISATIONS/PRESCRIPTIONS/INJONCTIONS
L'ANALYSE DES SIGNALEMENTS TRANSMIS A L'ARS	
nalyse du ignalement ommuniqué à l'ARS ur le fonctionnement lobal de établissement	Les constats de la mission corroborent la plupart des dysfonctionnements signalés dans la plainte reçue par l'ARS concernant le fonctionnement global de l'établissement, notamment : - Un projet éducatif non finalisé, - L'absence de projet personnalisé, - L'absence de formation du personnel aux spécificités du public accueilli, - L'absence de surveillance des enfants à certains moments de la journée, - La contention et/ou l'enferment des enfants la nuit, - La taille inadaptée des lits de certaines unités, - Le non respect de l'intimité, - L'impossibilité de vérifier les traitements administrés, - Les sanitaires inadaptés, - Les dortoirs inadaptés. Ce signalement a donc appelé tout particulièrement l'attention justifiée de l'ARS.
nalyse de la éclamation ommuniquée à l'ARS ur la prise en charge l'un enfant au cours l'un séjour temporaire	En ce qui concerne la réclamation reçue par l'ARS mettant en cause la qualité de la prise en charge d'un enfant lors d'un accueil temporaire d'une dizaine de jours, la mission a consulté sur place le dossier de l'enfant et s'est entretenu avec un personnel affecté à son unité d'accueil. Ces éléments ne permettent pas de connaitre, avec précision, le déroulement de ce séjour. Des difficultés ont été signalées liées à une recherche permanente et inassouvie de nourriture. Face à cette difficulté, aucun élément ne permet de connaître les modalités de prises en charge thérapeutique et éducative, décidées pour y faire face ni ce qui a été effectivement réalisé sur place. La question de la contention n'est jamais évoquée mais ne peut pour autant être exclue, compte tenu des pratiques de l'établissement. Il n'a donc pas été possible de faire la lumière sur ce dossier.

SYNTHESE DES INJONCTIONS – PRESCRIPTIONS – PRECONISATIONS

<u>I – INJONCTIONS</u> (dysfonctionnements graves dans l'installation, l'organisation et le fonctionnement, susceptibles d'affecter la sécurité, la santé, le bien-être physique et moral des usagers)

LES OUTILS DE PILOTAGE

L'organisation de la surveillance de nuit (article D312.40 CASF)

I1 : Réviser les pratiques de contention sous ses différentes formes (article L311.3 du CASF).

Maintenue pour l'ouverture des chambres <u>dans le bâtiment ancien</u> => délai : immédiat sous réserve de renfort d'effectifs (cf. I2)
Mise en œuvre pour les prescriptions de contentions physiques

I2 : Positionner une AMP/AS de nuit supplémentaire pour assurer la sécurité des enfants dans le bâtiment ancien de 3 niveaux. Dans le même temps s'interroger sur la pertinence d'une IDE de nuit.

Maintenue => délai : immédiat

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Les conditions d'hébergement (articles D312.27 à D312.33 pour les établissements accueillant des déficients intellectuels et D312.90 à D312.94 pour les établissements accueillant des enfants polyhandicapés CASF)

I3 : Interrompre immédiatement les travaux en cours dans la partie gauche du rez-de-chaussée du bâtiment ancien dans la mesure où l'état des locaux appelle un projet architectural global en vue d'une mise aux normes, à soumettre à l'ARS pour étude de faisabilité.

<u>Dont acte pour l'interruption immédiate des travaux au RDC du bâtiment ancien</u>
Injonction maintenue pour le projet architectural global

I4 : Arrêter toute nouvelle admission à titre permanent ou temporaire d'enfants destinés à être accueilli sur les trois niveaux du bâtiment ancien et les unités du RDC du château

Dont acte (ce qui doit être poursuivi)

I5 : Organiser immédiatement un relogement provisoire des 47 enfants concernés et faire des propositions en ce sens à l'ARS.

Maintenue => délai : immédiat

Les soins infirmiers (articles R 4311.1 au R 4311.15 du CSP – actes professionnels des IDE)

I6 : Structurer et gérer un dossier de soins infirmiers, établir des protocoles, assurer et tracer le suivi nominatif de l'état de santé des résidents et les soins infirmiers réalisés

Maintenue => délai : immédiat

I7 : Supprimer la fiche de suivi et la remplacer par une ordonnance (article R 5132.3 du CSP)

Dont acte

I8 : Mettre en place des « protocoles » décrivant la prise en charge, par l'IDE, de symptômes courants (fièvre, douleur, diarrhée, ...) ou en urgence (crise épileptique) sans avoir recours à un avis médical préalable.	**Maintenue** => délai : immédiat
I9 : Mettre en place des « protocoles nominatifs » décrivant la conduite à tenir vis-à-vis de résidents particuliers.	**Maintenue** => délai : immédiat
I10 : Mettre en place des « protocoles de soins » décrivant les modalités de réalisation des soins.	**Maintenue** => délai : immédiat
Les locaux de soins (articles D312.33 du Code de l'action sociale et des familles) I11 : Dans le cadre du projet architectural global, prévoir l'aménagement de salles de soins et en priorité dans l'unité accueillant les enfants les plus lourdement handicapés au 1er étage du bâtiment ancien.	**Vu pour la salle de soins au premier étage du bâtiment ancien** (dans l'attente du relogement) **Maintenu pour l'infirmerie** => délai immédiat
La gestion des médicaments	
I12 : Rédiger des ordonnances précisant le traitement chronique de chaque enfant et les détenir classées et disponibles à l'infirmerie (R 5132-3 du CSP).	**Dont acte**
I13 : Procéder à la commande des traitements de résidents auprès de la pharmacie de ville en transmettant les prescriptions nominatives des résidents et non à travers un bon de commande hebdomadaire (R 5132-6 du CSP).	**Dont acte**

<u>II- PRESCRIPTIONS</u> (application des dispositions du Code de l'action sociale et des familles et du Code de la santé publique)

L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

Circuit de décision – chaîne des délégations

P1 : Elaborer le Document Unique de Délégation pour la directrice de l'établissement (article D312-176-6 du CASF)	**Maintenue** => délai : octobre 2013
L'équipe pluridisciplinaire P2 : Recruter les professionnels manquants : assistante sociale à temps partiel, psychologue (articles D312.24 et D312.88 du CASF).	**Maintenue** => délai : décembre 2013
Qualifications et diplômes P3 : Produire Les documents « diplômes et bulletin n° 3 du CJN » des personnels dont la liste est jointe en annexe n°3 (article D312.26 du CASF).	**Maintenue** => délai : octobre 2013

LES OUTILS DE PILOTAGE

Le projet d'établissement

P4 : Elaborer un projet d'établissement conforme aux dispositions règlementaires et aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (articles L311.8, *D311.38, D312.38* CASF).

Maintenue => délai : juin 2014

Les coopérations et l'ouverture sur l'extérieur

P5 : Mettre en place les partenariats incontournables à formaliser par conventions de coopération (articles D312.88 et D312.23 du CASF).

Maintenue => délai : juin 2014

L'organisation de la surveillance de nuit *(articles L311.3 et D312.40 du CASF)*

P6 : La surveillance et les interventions de nuit doivent se faire dans le respect de la personne durant son sommeil.

Maintenue => délai : immédiat

Les plans de formation

P7 : Organiser des formations autour des questions éthiques et des formations action sur la gestion des troubles du comportement, les TED et l'utilisation des outils de communication non verbale (Recommandations de bonnes pratiques HAS / ANESM)

En cours de réalisation (à finaliser)

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

La population accueillie

P8 : En référence au SROMS du Projet régional de santé, limiter le recrutement aux besoins de proximité des enfants et de leur famille en priorisant ceux originaires du Gers et des autres départements de la région.

Maintenue => délai : immédiat

Les conditions d'hébergement (articles D312.27 à D312.33 pour les établissements accueillant des déficients intellectuels et D312.90 à D312.94 pour les établissements accueillant des enfants polyhandicapés CASF)

P9 : Disposer pour l'ensemble des unités d'hébergement, de lits à la taille des jeunes, supprimer les lits superposés, prévoir literie et linge de lit appropriés.

Maintenue => décembre 2013

Les rythmes de vie

P10 : Revoir les rythmes de vie de façon à prévoir un jeûne nocturne maximum de 12h, 4 repas par jour à intervalles de 3 à 4h.

Maintenue => délai : immédiat

P11 : Revoir les rythmes de repas et de coucher en fonction des besoins des enfants, de la saison et pour éviter un jeûne nocturne de plus de 12 heures.

(cf. réponse P10 : Maintenue => délai : immédiat)

P12 : Revoir les modalités d'apprentissage de la propreté qui doivent faire l'objet d'une conduite à tenir selon les situations.

Maintenue => délai : immédiat

L'accompagnement individualisé

P13 : Mettre en œuvre les projets individualisés (article D312-10-2 du CASF).	**Dont acte** (à finaliser)
P14 : Identifier le référent de projet individualisé pour chaque enfant et rédiger une fiche de poste précisant clairement ses fonctions.	**Maintenue** => délai : décembre 2013
P15: Développer une dynamique pluriprofessionnelle et mettre en place une dynamique participative avec les familles.	**Dont acte** (à finaliser)
P16 : Engager une collaboration avec le Centre Ressources Autisme MIP pour confirmer le diagnostic et construire des interventions conformes aux bonnes pratiques.	**Maintenue** => délai : immédiat
Les soins somatiques et psychiatriques P17 : Au regard des orientations inscrites dans le projet régional de santé (Schéma régional de prévention et schéma régional d'organisation médico-sociale), structurer des actions de prévention bucco-dentaire et assurer les soins associés et leur traçabilité.	**Maintenue** => délai : immédiat
La prise en charge éducative P18 : Mettre en place, sur ces groupes n'en bénéficiant pas, au-delà des soins primaires, un accompagnement éducatif visant à développer les potentialités de l'enfant sur le plan sensoriel, cognitif et relationnel (article D312-84 2° et 6°CASF).	**Maintenue** => délai : immédiat
Les relations avec les familles P19 : Envoyer systématiquement aux familles les bilans semestriels et au minimum le bilan pluridisciplinaire complet une fois par an (articles D312.14, D312.85 du CASF).	**Maintenue** => délai : immédiat
Le règlement de fonctionnement et les droits des parents P20 : Préciser dans le règlement de fonctionnement les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement (article D312.38 du CASF).	**Maintenue** => délai : immédiat

III- PRECONISATIONS

L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

L'organigramme – l'équipe de direction – le circuit de décision – chaine des délégations

Préco1 : Clarifier l'organigramme conformément aux responsabilités et fonctions réellement exercées par les cinq membres de l'équipe de direction, afin d'identifier les liens hiérarchiques et fonctionnels de chacun avec les professionnels de l'établissement.	**Partiellement réalisé** => délai : immédiat
Préco2 : Revoir à la baisse le nombre de membres de l'équipe de direction.	**Vu**
Préco3 : Rédiger des fiches de fonction pour les 4 cadres de direction qui n'en dispose pas à ce jour et établir des délégations de signature et de compétence du responsable juridique de la structure à leur égard.	**Maintenue** => délai : octobre 2013
Réunions institutionnelles et circuit de l'information interne	
Préco4 : Clarifier la participation de l'encadrement dans les réunions. Mettre en place les réunions des équipes intervenant dans les unités des polyhandicapés. Organiser une véritable dynamique pluri-professionnelle entre professionnels de santé et équipes Educatives.	**Maintenue** => délai : octobre 2013
Fiches de poste	
Préco5 : Poursuivre l'élaboration des fiches de fonction de chaque professionnel, y compris les membres actuels de l'équipe de direction afin de bien positionner chaque famille d'emploi au sein de la structure.	**Maintenue** => délai : octobre 2013
Préco6 : La référence aux annexes XXIV et XXIV ter dans la fiche de fonction du chef de service éducatif (tout comme dans tout autre document) est à supprimer, ces annexes ayant été modifiées et codifiées dans le CASF.	**Vu**
Organisation des équipes	
Préco7 : Transmettre un planning avec légende, pour les mois de juin, juillet et août 2013.	**Maintenue** => délai : immédiat
La régulation et l'analyse des pratiques professionnelles	
Préco8 : Généraliser les réunions d'analyse des pratiques au bénéfice de l'ensemble des personnels.	**Dont acte**

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

La population accueillie	
Préco9 : Lors de la construction du projet individualisé, mener une évaluation des possibilités de scolarisation de chaque enfant, en référence à la loi du 11 février 2005 qui privilégie l'inclusion scolaire.	**Maintenue** => délai : immédiat
La procédure d'admission et d'accueil	
Préco10 : veiller à la collégialité de la procédure d'admission (commission), étape préalable à la préparation du projet individualisé.	**Vu**

Les soins de nursing

Préco11 : Engager une réflexion sur l'organisation des soins, les complémentarités IDE/AS/AMP et les délégations.	**Maintenue** => délai : octobre 2013
Préco12 : Adapter la fiche de fonction des IDE et des AS aux spécificités de prise en charge des enfants dans le médico-social	**Maintenue** => délai : octobre 2013
Les dossiers socio-éducatifs Préco13 : Faciliter l'accès au dossier socio-éducatif et aux données éducatives concernant les jeunes pris en charge et prévoir l'informatisation du dossier individuel des jeunes accueillis.	**Vu** *(pour l'informatisation)* **Maintenue** (*pour l'accessibilité aux dossiers*) => délai : immédiat
La gestion des médicaments	
Préco14 : Ne plus détenir les médicaments classés par forme et par ordre alphabétique, mais de façon séparée, par résident, dans une « barquette » identifiée à ses noms et prénom.	**Vu**
Préco15 : Procéder à une gestion organisée des mallettes utilisées par les IDE pour procéder aux soins courants. Le contenu de ces mallettes doit être défini. Elles doivent être régulièrement nettoyées et convenablement réapprovisionnées.	**Maintenue** => délai : immédiat
Préco16 : Procéder à une gestion appropriée des gouttes buvables : - en termes de condition de conservation des flacons entamés (flacons bouchés après emploi – dispositif de dosage nettoyé et conservé propre et sec dans un verre propre prévu à cet effet après emploi) - en termes de récipient : identification des godets sur le corps du flacons et non sur le bouchon - en termes d'hygiène (procéder au nettoyage et au séchage des flacons avant de les re-préparer).	**Maintenue** => délai : immédiat (cf. I6)
Préco17 : Procéder à une gestion harmonisée des piluliers des résidents de façon à ce qu'au moins un pilulier journalier nominatif soit disponible par enfant et mettre fin à l'utilisation de piluliers partagés.	**Vu**
Préco18 : Utiliser un dispositif de transport des piluliers préparés approprié entre l'infirmerie et la salle de soins : permettant de disposer d'un pilulier journalier par enfant sous traitement médicamenteux.	**Vu**
Préco19 : En cas de sortie d'un enfant pour un séjour d'au plus trois jours (durée la plus fréquente des sorties), il convient de remettre les piluliers journaliers préparés correspondant à la durée du séjour avec une copie de la (ou des) prescriptions en cours plutôt que des boîtes ou des blisters de comprimés.	**Maintenue** => délai : immédiat

LA MAITRISE DES RISQUES INSTITUTIONNELS

Préco20 : revoir le contenu du livret d'accueil au regard de la circulaire et du projet d'établissement puis le soumettre aux instances consultatives.	**Maintenue** => délai : immédiat

Préco21 : La fiche « évènement indésirable » mérite d'être corrigée et doit être plus précise sur l'identité du déclarant / identité de la victime, l'identité de la personne ayant pris la mesure corrective et le contrôle.	**Maintenue** => délai : immédiat
Préco22 : Etablir une fiche de procédure interne/externe de signalement et de traitement des situations de maltraitance et informer le personnel de la conduite à tenir.	**Maintenue** => délai : immédiat
Préco23 : Produire à la mission d'inspection le PV de la réunion du CHSCT du 27 mai 2013.	**Vu**

Fait à Toulouse, le 11 OCT. 2013

L'Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale de l'ARS Midi-Pyrénées

Jeannine DOUMERC

L'Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale de l'ARS Midi-Pyrénées

Sandrine PICH -TRAVESET

Le Médecin inspecteur de santé publique de la DTARS 65

Dr Ghislaine LAPALISSE

Le Médecin inspecteur de santé publique de la DTARS 31

Dr Armelle SAUTEGEAU

Le Pharmacien inspecteur de santé publique de l'ARS Midi-Pyrénées

Sophie COTTIN

ANNEXES

du

Rapport définitif

L'Institut médico-éducatif

« Maison d'enfants de Moussaron »

Commune et département d'implantation :

32100 CONDOM (Gers)

n° FINESS : 32 078 041 4

n° SIRET : 397 120 304 00019

ARS Midi-Pyrénées

octobre 2013

Annexe 1

Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées

Service émetteur : Mission Inspection contrôle

Affaire suivie par : Jeannine Doumerc

Courriel : jeanine.doumerc@ars.sante.fr
Téléphone : 05 62 51 79 97
Télécopie : 05.62 93 94 83

Date : – 8 JUIL. 2013

Dossier : MS_2013_32_5913

LA DIRECTRICE GENERALE

à

Mme Jeannine Doumerc
Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale
Mission Inspection Contrôle – ARS Midi-Pyrénées

Mme Sandrine Pich- Traveset
Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale
ARS Midi-Pyrénées

Dr Ghislaine Lapalisse
Médecin inspecteur de santé publique
DTARS 65

Dr Armelle Sautegeau
Médecin inspecteur de santé publique
DTARS 31

Mme Sophie COTTIN
Pharmacien inspecteur de santé publique
ARS Midi-Pyrénées

Objet : Mission d'inspection de l'Institut médico-éducatif « Maison d'enfants de Moussaron » 32200 CONDOM

Mon attention a été appelée sur les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'IME « Maison d'enfants de Moussaron »

Je vous demande en conséquence de bien vouloir diligenter une mission d'inspection au sein de l'établissement visé ci-dessus,sur le fondement des articles L313-13 et suivants, L331-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des familles et des articles L1421-1, 1431-2-2°-b du Code de la Santé Publique.

Cette inspection visera prioritairement:

- A vérifier le respect par l'établissement des obligations instituées à son égard par le Code de l'action sociale et des familles et par le Code de la santé publique en matière d'organisation et de fonctionnement
- A s'assurer de l'absence de dysfonctionnements susceptibles d'affecter la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des usagers

Le coordonnateur désigné de la mission est Mme DOUMERC, Inspectrice principale à la Mission Inspection Contrôle de l'ARS.

Cette inspection se déroulera sur site, de manière inopinée, les 9 et 10 juillet 2013.

Afin de mener à bien cette mission, la mission d'inspection procèdera à la visite des locaux, à la consultation de tout document ainsi qu'à l'audition de toute personne qu'elle jugera utile d'entendre.

Cette lettre de mission sera remise au Directeur de l'établissement le jour de l'inspection ainsi qu'au représentant de l'organisme gestionnaire.

La directrice Générale

Monique CAVALIER

Annexe 2

LISTE DES DOCUMENTS

Nature	A recueillir	A consulter sur place
Organisation et fonctionnement		
Liste nominative des jeunes accueillis à ce jour par section	x	
Livret d'accueil	Document en possession de l'ARS	
Règlement de fonctionnement	Document en possession de l'ARS	
Projet d'établissement actualisé	x	
Conventions de partenariat	x	
Comptes rendus des conseils de la vie sociale (année 2012 et 2013)	x	
Tout document sur l'organisation de l'internat	x	
Organigramme de l'établissement	x	
Comptes rendus du CHSCT 2012 et 2013	x	
Personnels		
Liste nominative des personnels avec qualifications, ETP, CDI et CDD	x	
Fiches de poste directeur, médecin généraliste et spécialiste, chefs de service, psychologue auxiliaires médicaux, IDE , personnels éducatifs, AMP / Aides soignants,assistante sociale, surveillant de nuit,	x	
Plannings des personnels en charge directe des usagers, du mois de juin 2013	x	
Plans de formation 2011 et 2012 réalisés et 2013 en cours	x	
Dossiers des personnels		x
Organisation de la prise en charge		
Projet personnalisé d'accompagnement type	x	
Dossiers des enfants		x
Contrat de séjour type proposé aux parents	x	
Protocoles de soins		x
Protocoles de gestion des incidents et évènements indésirables	x	
Conduites à tenir sur les situations de maltraitance	x	

Annexe 3

CDI		diplômes absents	CJ absent
A L	AMP		X
B N	AMP		X
B C	AMP	X	X
C K	AMP	X	X
C C	As		X
C M	Ergo		X
C B	AMP	X	X
C R	AMP		X
D C	Me	X	X
D C	Es		X
D R	Veilleuse	X	X
E S	AMP		X
F I	AMP	X	X
G J	AMP		X
G S	Ide		X
G M	Ide		X
L Y	Ide		X
L S	Psychomot		X
M S	AMP	X	X
M D	AMP	X	X
M L	AMP	X	X
M C	AMP		X
M p	Ide		X
P O	Mk	X	X
P N	Me		X
P K	Ide		X
P A	AMP		X
P C	Ide		X
R L	Educ sport		X
R L	AMP	X	X
R E	AMP	X	X
R f	AMP		X
R B	Psychomot		X
S f	Me	X	X
T S	AMP		X
V S	Es		X
W S M	AMP	X	X
H F	AMP	X	X
CDD			
B M	AMP		X
B t	AMP	X	
C J	AMP		X
C B	AMP		X
D B	AMP		X
L	AMP		
M j	V de nuit		X
M m	AMP		X
P R	AMP		X
R S	AMP		X
L M	Elève AMP		X
L m	Es		X
P N	Ide	X	X

ANNEXE n°4 : Circuit du médicament dans l'IME de Moussaron

Le circuit du médicament a été examiné rapidement à travers : la visite de l'infirmerie, la présentation qui en a été faite par l'infirmier présent, puis les précisions apportées par le pédopsychiatre.

L'IME de Moussaron accueille un public de polyhandicapés et de déficients mentaux (sévères et lourds) âgés de 3 à 20 ans. La capacité d'accueil est de 85 places.

Les résidents sont regroupés en plusieurs « unités » réparties sur 3 bâtiments :
- le « Château » au RDC
- le bâtiment ancien au RDC
  au 1er étage (« pouponnière »)
  au sous-sol
- le bâtiment récent au 1er étage

Les résidents du sous-sol et du bâtiment récent, prennent leur repas (sauf petit déjeuner) au réfectoire.

Ils sont quasiment tous épileptiques.

1- Conditions de prescription des traitements

Un seul médecin intervient dans l'établissement et assure la prise en charge médicamenteuse des résidents, à la fois sur le volet psychiatrique et somatique. Il s'agit d'une pédopsychiatre, également directrice de l'établissement. Elle intervient donc en tant que médecin pédopsychiatre de la structure et médecin traitant des résidents.

Un autre médecin intervient également, mais cela ne concerne que la prise en charge de rééducation physique des résidents avec la prescription de matériel ou de soins de kinésithérapie ou d'ergothérapie.

La pédopsychiatre est présente sur la structure 24h/24, puisqu'elle loge sur place, à l'étage du Château.
Elle a indiqué assurer un visite quotidienne, de tous les résidents, ciblée sur les évènements qui lui ont été rapportés par les infirmiers. Elle organise et participe également à des réunions pluridisciplinaires.

Les dossiers des résidents sont détenus au secrétariat, au château.
Chaque dossier se présente sous la forme d'une chemise identifiée au nom du résident qui regroupe, dans des sous-chemises :
- le carnet de santé
- les documents administratifs en ce qui concerne les droits d'assuré sociaux et de complémentaire santé (carte-vital – CMU-C)
- les antécédents
- les documents relatifs à l'origine des enfants (MDPH – ASE ...)
- les échanges de courriers entre médecins
- les résultats d'examens médicaux (y compris les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale)
- les bilans établis par la pédopsychiatre
- les ordonnances de sortie en cas de séjour réalisé à l'extérieur de la structure.

S'ajoute un document électronique nominatif, sous format word, tenu à jour par le Pédopsychiatre, accessible sur le PC informatique de l'infirmerie. Il récapitule, le traitement médicamenteux lors de l'admission de l'enfant, et précise, de façon chronologique touts les évènements significatifs qui se sont produits : les ajustements ou modifications de traitements, les traitements d'affections intercurrentes (infections...), les évènements indésirables (blessures, fugues...), les vaccinations...
Ce document s'apparente à une fiche de suivi clinique. Il ne correspond donc pas véritablement à une ordonnance.
C'est à partir de ce document que la pédopsychiatre rédige la prescription médicale, établi sur un format d'ordonnance bizonale (cerfa) qui est remise à l'accompagnant en cas de sortie de l'enfant.

Il n'existe pas de prescription nominative, disponible dans l'établissement, récapitulant uniquement la totalité du traitement en cours de chaque résident (mis à part les prescriptions établies en cas de sortie du résident) (1).

Sur le bureau de l'infirmerie sont présent 2 classeurs utilisés pour les transmissions IDE de nuit/IDE de jour et IDE/médecin.
L'un des classeurs concerne les résidents du château, du RDC et du 1er étage (pouponnière) du bâtiment ancien.
L'autre concerne les résidents du sous-sol du bâtiment ancien et du bâtiment nouveau.
Les mentions réalisées par l'IDE de nuit apparaissent en vert.
Ces deux classeurs sont utilisés de la même façon pour consigner de façon chronologique (au fil du temps) :
- les observations ou les interventions des IDE (erreur de médicaments, troubles du sommeil, affection, blessure,...) qui sont ensuite visées par la pédopsychiatre ;
- les modifications de traitements chroniques ou les traitements intercurrents décidés par le Pédopsychiatre.
Ce classeur comporte également la fiche de suivi chronologique des traitements intercurrents prescrits.
[1er case : nom du patient – détail du traitement – date : signé par Mme D
cases suivantes = jour de prise du traitement : 1 case par jour => suivi des administrations]

Mis à part ces deux classeurs regroupant les transmissions IDE/médecin, il n'y a pas d'autres documents disponibles à l'infirmerie.
Les plupart des informations (soins à réaliser, conduites à tenir) sont transmises oralement et donc non formalisées (« on le sait » ; « on les connait »).

Il n'y donc pas :
- de protocole définissant une conduite à tenir en cas d'affections courantes (constipation, diarrhée, douleur, blessure, fièvre...) ou de crise d'épilepsie. Or, la plupart des résidents disposent d'un traitement antiépileptique. Il a même été indiqué que pour certains il convenait d'intervenir rapidement (injection de VALIUM intrarectal) ce qui n'était pas formalisé **(4).**
- de protocole nominatif ou d'ordonnance définissant le traitement à administrer en cas de crise ou d'agitation à un résident précis (5).
- de protocole de soins définissant les modalités de réalisation d'un soin (gastro-stomie, plaie, brûlure...) **(6).**
- de dossier infirmier pour consigner le suivi de l'état du résident (poids, taille,...), les prescriptions ou les soins réalisés (7).

2- Conditions d'approvisionnement en médicaments

Il a été indiqué que le médicament est inclus dans le forfait global de fonctionnement de l'établissement

Les médicaments sont fournis principalement par l'une des 4 pharmacies de CONDOM.

Depuis janvier 2013, les besoins sont évalués au regard du stock de médicaments disponible à l'infirmerie et des besoins évaluées pour répondre à 7 jours de traitements. Une fiche d'inventaire « du stock » de médicaments a été établie (*Dénomination – nb boîte – nb de cp pour 7 jours – besoins pour 7 j – stock – commande*). Elle est complétée chaque semaine, par l'IDE de nuit, pour réaliser la commande : le renouvellement de dotation. **La commande est alors reportée de façon manuscrite sur un carnet dupliqué (liste de médicaments et quantités).** Le bon original est déposé à la pharmacie le mardi matin par une personne de l'IME. Le double est conservé dans le carnet. **La commande est préparée par la pharmacie dans des caisses de grossistes (conservées à l'infirmerie).** En fin de journée, une personne dépêchée par l'IME vient chercher la commande à la pharmacie et la dépose à l'infirmerie.
Cette façon de procéder s'apparente à un renouvellement de dotation (8).

Seuls les traitements stupéfiants font l'objet d'une prescription nominative transmise à la pharmacie. C'est le cas du methylphénidate (RITALINE). Cependant, dans ce cas l'ordonnance est établie sur une ordonnance bizonale (cerfa) non sécurisée. De plus, l'ordonnance ne reprend pas l'ensemble du traitement du résident mais ne concerne que le médicament stupéfiant (4).

La pédopsychiatre en conserve une copie afin de suivre les dates de renouvellement du traitement (tous les 28 jours).

Des compléments sont commandés au cas par cas en fonction des besoins.

L'approvisionnement par la pharmacie semble satisfaire les deux parties (IME et pharmacie)

3- Conditions de détention des médicaments

L'infirmerie est située au RDC du « Château ».

Il s'agit d'une grande pièce lumineuse **maintenue ou verte** qui est apparue ordonnée le jour de la visite.
Elle sert à la fois (9) :
- de couloir de circulation (emprunté pour accéder à la salle d'activité)
- de bureau
- de lieux de détention et de préparation des médicaments.
Elle est dépourvue de point d'eau.

Elle comporte du mobilier de bureau qui correspond à :
- un bureau associé à un poste de travail équipée d'un PC fixe,
- des meubles maintenus fermées à clef (utilisées pour le stockage des médicaments),
- un réfrigérateur utilisé pour la conservation d'aliments (yaourts utilisés pour l'administration des médicaments...).

Une armoire réservée à la détention du matériel de soins (bandes, matériel médical...) est présente dans le local voisin d'un escalier du château (9).

Le jour de la visite, aucun médicament n'était accessible ou visible dans la pièce.
Ceux-ci sont conservés dans plusieurs meubles maintenus fermés à clef :
- le meuble :
  - des médicaments sous forme : injectable, unitaire sèche (comprimés, gélules, sachets), buvable (gouttes) classés par forme.
  - des piluliers fabriqués par la pharmacie, sans nom de patient, de gélules de phenytoïne ou de mélatonine notamment.
  - contenant des tiroirs plastiques identifiés contenant les blisters de comprimés/gélules entamés
  - du plateau des flacons de gouttes buvables entamées (en cours d'utilisation).
  - où a été installée une tablette coulissante pour la préparation des piluliers.
- le meuble : des antalgiques, des antibiotiques, de certaines suspensions buvables (valproate de sodium), ...
- le meuble des médicaments sous forme pâteuse : pommades, crèmes, suppositoires
- le meuble d'autres médicaments (laxatifs en pot : type LANSOYL...).
- le meuble regroupant : les plateaux des piluliers/gouttes de la journée ainsi que les trousses de médicaments remises en cas de séjour court (3 jours) à l'extérieur de la structure.

Les médicaments sont donc détenus classés par ordre alphabétique (dénomination) et par forme. Ils ne sont pas individualisés au nom du résident destinataire. Ce stock de médicament est donc géré comme une dotation : en termes d'approvisionnement, de rangement et de gestion (11).

Il a été relevé la présence, parmi les boîtes de comprimés, de plusieurs piluliers de gélules (préparations magistrales) étiquetées à l'entête de la « Pharmacie de la Cathédrale – CONDOM – Mr Dumont » (6 rue Bonamy – 05 62 28 00 93).
Un contenant des gélules de phénytoïne (DIHYDAN-antiépileptique), un autre des gélules de mélatonine (CIRCADIN-insomnie/jet lag). Ils ne comportaient pas de nom de résident.

Des reliquats de traitements (blisters ou boîtes) sont conservés dans des boîtes en cartons.
Une, présente dans le meuble bas (LANSOYL), contenait des boîtes ou des blisters des médicaments suivants (4) (5) (6) (11). :

terbinafin 250 mg **(LAMISIL** / *antifongique*)
EQUANIL 250 mg et 400 **(meprobamate**/*anxiolytique*)
PHENERGAN 25 mg
(promethazine/*antihistaminique à effet sedatif marque)*

TEGETOL 200 mg **(carbamazépine/*antiépileptique*)**
ARTANE 2 mg **(trihexyphénidyle/*antiparkinsonien*)**

Une autre, présente sur le plateau des gouttes buvables, contenait :

une boîte de DIPPIPERON
(pipampérone/*antispychotique* – neuroleptique-*sédatif*)
des sachets de SABRIL 500 mg
(vigabatrine/*antiépileptique*)
un blister de CONTALAX...
(bisacodyl/*laxatif*)

Un poster et des fiches manuscrites, affichés à l'intérieur des portes du meuble des médicaments sous forme unitaires sèches (comprimés, gélules, sachets), indiquent les équivalences de médicaments (Princeps ⇔ générique : DCI) (10).

Il est à noter qu'il n'y a pas de chariot de pilulier (administration des traitements), ni de chariot de soins à l'infirmerie.
Les piluliers des résidents, sont transférés, entre l'infirmerie et les unités, sur un plateau plastique.

Il a été indiqué qu'aucun soin n'est réalisé à l'infirmerie. Ils sont réalisés dans les unités de vie.
Une mallette plastique (type vanity) regroupe des produits utilisés pour les soins usuels.
Elle contient, en vrac : du matériel pour la réalisation de pansements (tulle gras), des dosettes d'antiseptique, plusieurs tubes de crème ou de pommade entamés (DIPROSOME crème (*corticoïde*) « pommade miracle », HOMEOPLASMINE, générique de FUCIDINE crème (*antifongique*))...
Elle n'est pas apparue particulièrement propre (12) (6).
Il a été indiqué que d'autres mallettes équivalentes étaient présentes dans certaines unités.
Il a été indiqué que ces soins sont tracés dans les classeurs de transmission du bureau de l'infirmerie.

Les alimentations par gastro-stomie sont préparées et réalisées à la pouponnière (1er étage du bâtiment ancien). Il a été indiqué qu'un chariot de soins était présent dans cette unité et que les médicaments sont détenus dans un placard.

Un concentrateur (d'air) est également présent à l'infirmerie. Il n'a pas pu être précisé quelles étaient les modalités de sa mise à disposition dans l'établissement, ni le nom du fournisseur.
Il est à noter qu'un résident de la pouponnière (1er étage du bâtiment ancien) utilise un concentrateur d'oxygène.

4- Conditions de préparation des traitements

Tous les traitements sont détenus, gérés et préparés par les IDE employés par la structure.
Il a été indiqués qu'au jour de l'inspection, ils étaient 6, avec une amplitude de travail de 12 heures d'affilées :
- deux sont présents uniquement le jour : de 8 à 20h
- deux sont présents uniquement la nuit : de 20h à 8h
- deux sont présents le jour et la nuit.

L'une des IDE, en congé maternité, est actuellement remplacée.
Une autre IDE est actuellement en arrêt maladie (non remplacé).
Une présence IDE est ainsi assurée 24h/24 dans la structure.

En ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, il convient de distinguer : les traitements chroniques de ceux des affections intercurrentes.

- <u>En ce qui concerne les traitements chroniques :</u>
  Il n'y a pas de prescription médicale nominative des traitements en cours (1) dans la mesure où le document informatique, mis à jour par le Pédopsychiatre, ne correspond pas à un document récapitulant uniquement le traitement en cours.
  D'ailleurs, en cas de sortie d'un résident, elle établi une ordonnance manuscrit, où elle retranscrit uniquement le traitement en cours, qu'elle remet à l'accompagnant de l'enfant.

- <u>En ce qui concerne les traitements des affections intercurrentes :</u>
  Les traitements d'affections intercurrents sont enregistrés sur le cahier de transmissions IDE/médecin et sont repris sur un formulaire permettant d'en assurer le suivi, conservé dans le même classeur. Ce document se présente sous forme de lignes avec des cases.

[Il s'agit d'une feuille où est reporté par l'IDE, par ligne, le traitement prescrit (nom du résident, traitement, posologie, durée de traitement) contresigné par le Pédopsychiatre. Les autres cases de la ligne permettent de suivre et d'enregistrer l'administration du traitement pendant la durée prescrite. La date et le détail de l'administration sont alors précisés dans la case.]
Ces traitements sont enregistrés chronologiquement, par date de mise en œuvre, et non pas, patient par patient. **Un même document est donc partagé entre plusieurs patients. Il ne s'agit donc pas véritablement de prescriptions nominatives (1).**

Les traitements administrés sont préparés :
- dans des godets nominatifs pour les gouttes buvables ;
- dans des piluliers plastiques à 4 compartiments qui regroupent les formes unitaires sèches : comprimés, gélules, sachets.

Les conditions de préparation et d'administration des médicaments qui se présentent sous d'autres formes (injectable, aérosol, pâteux ...) n'ont pas été examinées.

Gouttes buvables

Les gouttes buvables sont préparées dans des godets plastiques (type collecteur d'urine pour ECBU) **dont le capuchon (et non le corps du contenant) est identifié au nom du résident.** Ils sont regroupés dans une corbeille plastique **(13).**

Il convient de préciser que le plateau (émaillé) des flacons en cours d'utilisation, regroupait, le jour de l'enquête, des flacons couverts (sans bouchon) avec le compte-goutte déposé à l'intérieur. Les bouchons correspondant étaient amassés sur un coin du plateau. Les flacons n'étaient pas renseignés de leur date d'ouverture. Un gobelet rempli de compte-goutte était également présent ainsi qu'une boîte en carton contenant des reliquats de traitement (13).

L'infirmerie ne disposant pas de point d'eau, il a été indiqué que les godets de gouttes et les compte-gouttes sont nettoyés dans le bac émaillé (de grande taille, profond, sans égouttoir) présent dans la salle d'activité des résidents voisine (13) (9).

Piluliers : comprimés, gélules, sachets

Les piluliers sont préparés uniquement au regard des indications dactylographiées retranscrites sur le pilulier et non au regard d'une prescription nominative. Cette façon de procéder ne permet pas de s'assurer que le traitement préparé correspond réellement à celui prévu (établi par le Pédopsychiatre) (1) (14).
Il a d'ailleurs été relevé une erreur dans le pilulier contenant la prise du soir de Théo CARAU (cf. § 6)

L'étiquetage de pilulier mentionne le médicament uniquement sous son nom de référence (Princeps), alors que de nombreux génériques sont présents dans le stock (2).

Les comprimés et gélules sont déposés nus dans le pilulier (sortis du blister).

Les piluliers sont gérés de façon différente selon les catégories de résidents et donc selon leur lieux de restauration (14) :

- les résidents qui prennent leur repas dans les lieux de vie : le Château, le bâtiment ancien (poly-handicapés) RDC et 1er étage/pouponnière :
  - a chaque résident correspond **un pilulier nominatif (à 4 compartiments selon les heures de prise : matin/midi/soir/coucher) : identifié au nom et prénom du résident, et récapitulant par heure de prise (matin/midi/soir/coucher) le traitement correspondant**
  - dans chaque unité : un plateau plastique regroupe les piluliers et une corbeille comportant les flacons de gouttes buvable.
  - les plateaux de médicaments (piluliers/gouttes) vides sont : prélevés du service, préparés à l'infirmerie, puis redéposés dans le service par l'IDE de nuit.
  - les médicaments sont administrés dans le service par l'IDE présent.

- les résidents qui prennent leur repas (déjeuner/diner) au réfectoire : le sous-sol du bâtiment ancien et le bâtiment nouveau :
  - Les prises sont fractionnées par heure de prise. Pour chaque heure de prise (matin – midi – soir – coucher) correspond un plateau plastique qui regroupe les piluliers et la corbeille des flacons de gouttes. Un pilulier est partagé entre 4 résidents. **Le pilulier est identifié par une**

étiquette dactylographiée qui indique : l'heure de prise (en vert : soir...), et au-dessus de chaque compartiment, l'identité du résident (NOM Prénom) et la posologie du traitement correspondant (médicament – dosage – prise).

- les 4 plateaux de prise (matin, midi, soir, coucher) sont conservés sur les étagères de l'un des meubles du bureau.
- Chaque plateau est transporté, par l'IDE présent, dans le service ou au réfectoire au moment du repas et remis aux éducateurs. Une fois la prise administrée, l'IDE présent rapporte le plateau à l'infirmerie et reconstitue aussitôt la prise pour le lendemain.

Les piluliers font donc l'objet d'une préparation quotidienne, ce qui correspond, pour certains traitements à une préparation prise par prise (14).

Les piluliers et la corbeille sont déposés sur un plateau plastique pour être transportés, de l'infirmerie au lieu d'administration (15).

Départ en séjour à l'extérieur

Dans le cas du départ du résident pour un séjour (de 3 jours) hors de la structure, des blisters ou les boîtes de médicaments du traitement en cours sont déposés dans une trousse (type trousse de toilette) identifiée au prénom (inscrit à l'encre) du résident (16).
Ces trousses (toutes différentes : tailles, couleur) sont conservées en partie basse du même meuble que les plateaux des prises de la journée.
Celles examinées comportaient des boîtes ou des blisters de traitements mais pas d'ordonnance.
La pédopsychiatre a indiqué qu'elle rédigeait la prescription correspondante et qu'elle la remettait à l'accompagnateur.

5- Conditions d'administration des prises

L'administration des traitements est différente selon la localisation du résident.

- Dans le cas des résidents disposant d'un pilulier nominatif (château – ancien bâtiment : RDC – 1er étage/pouponnière) :
Le pilulier est : préparé par l'IDE de nuit et conservé dans le service.
L'administration est assurée par l'IDE.

- Dans le cas des résidents disposant d'un pilulier (partagé) par heure de prise (ancien bâtiment : sous-sol – nouveau bâtiment) :
C'est généralement l'IDE qui le transporte dans le lieu d'administration et qui procède, après l'administration, à la re-préparation du pilulier pour la prise du lendemain.

Personne /heure de prise	matin : 8h : polyhandicapés 9h :	Midi 12	soir 18h45	coucher
Préparation	8h IDE de nuit 9h IDE de jour	IDE de jour	IDE de jour	IDE de nuit
administration	IDE de jour	IDE de jour	IDE de jour	IDE de nuit

Les conditions d'administration des prises n'ont pas été examinées avec précision. Cependant, il a été indiqué que le plateau des piluliers et des gouttes était remis aux éducateurs qui procéderaient aux administrations.

6- Points particuliers du circuit du médicament

X x

Il a été indiqué que ce résident fait l'objet de séjours de durée variable dans l'établissement.
Son traitement est ainsi regroupé dans une mallette plastique confiée à son accompagnant lorsqu'il quitte l'établissement.

Le traitement en cours ne correspond pas à une prescription médicale (1).

Ce document n'est pas daté et ne comporte aucune précision sur son rédacteur.
Il est dactylographié sur une feuille, collée dans la mallette, précisant l'identité de l'enfant et le détail de son traitement.
Il n'est mentionné que des dénominations de médicaments princeps (médicaments de référence) alors que la mallette contient, pour 2 des 7 médicaments prescrits, des boîtes de génériques (dénomination commune internationale ou DCI) (2).

« X x

Dépakine chono	1 cp le matin 1 cp le soir		1 boite
Levothyrox 75	½ cp le matin		1 boite
Speciafoldine	2 cp le matin sauf samedi dimanche		1 boite ; acide folique CCD 5 mg
Tardiferon	1 cp le matin les jours impairs		1 boite
Loxapac gouttes	40 gouttes le soir		1 boite
Valium 5 mg	1 cp le matin 1 cp le midi 2 cp le soir		1 boite Diazepam ratiopharm 5 mg
Lepticur 10 mg	1 cp le matin	»	1 boîte

Y y

Il a n'a pas pu être procédé à un examen rapide de la concordance des différents supports utilisés par les IDE pour la préparation des doses et l'administration des médicaments, en l'absence d'ordonnance disponible.
Cependant, un pilulier présent à l'infirmerie a été prélevé au hasard.
Il s'agit d'un pilulier du soir regroupant les prises de 4 résidents.
En comparant le libellé du pilulier et le contenu de chaque compartiment, il a été relevé que le sachet de MICROPAKINE LP 100 mg et celui de MICROPAKINE LP 200 mg avaient été oubliés lors de la préparation des piluliers pour l'un des résidents (Y y) (14).
Ce qui a été immédiatement corrigé par l'IDE présent.

Préconisations

Cette visite a permis de mettre en évidence une mauvaise gestion des médicaments et l'absence de sécurisation du circuit du médicament. Une réflexion urgente doit donc être menée en ce sens.

Les préconisations suivantes sont ainsi formulées. Elles doivent faire l'objet d'une appropriation tenant compte des modalités de fonctionnement spécifiques à chaque groupe de résidents pris en charge :

1. Rédiger des ordonnances précisant le traitement chronique de chaque résident et les détenir classées et disponibles à l'infirmerie.
   Ceci, afin, de connaître avec précision et de pouvoir consulter à tout moment, le traitement en vigueur de chaque résident.
   Dans la mesure où les traitements de fond des résidents changent peu, les prescriptions pourraient être établies pour une longue durée (3 mois voir plus) afin d'en alléger la gestion.
   Ces ordonnances, puisqu'elles seront établies par un seul médecin, pourraient avantageusement être dactylographiées de façon à ce que leur format soit directement utilisé pour la préparation des piluliers sans avoir recours à un autre support (ce qui conduirait à supprimer les inscriptions dactylographiées sur les piluliers et éviter tout risque d'erreur ou d'omission lié à cette l'opération de retranscription).
   [A titre d'exemple :

heures de prises :	*Matin*	*midi*	*soir*	*coucher*	
Par ligne : médicament dosage forme	*x*	*x*	*x*	*x*	*du .... au ....]*

   Le pilulier comporterait uniquement : les nom et prénom du patient, l'heure de prise, le jour de prise, le cas échéant, le groupe du résident éventuellement.
   Les traitements intercurrents doivent faire l'objet d'une prescription additionnelle gérée de la même façon.

2. L'ordonnance doit préciser à la fois le nom du princeps (médicament de référence) et le nom de générique (DCI) dans le cas des médicaments substituables, de façon à limiter les risques d'erreur de médicament au moment de la préparation des traitements,

3. Des ordonnances sécurisées doivent être utilisées pour la prescription des médicaments classés stupéfiants.

4. Mettre en place des « protocoles » décrivant la prise en charge, par l'IDE, de symptômes courants (fièvre, douleur, diarrhée, ...) ou en urgence (crise épileptique) en les exonérant du recours à un avis médical systématiquement.
   Le protocole s'apparente à une conduite à tenir dans le cas de symptômes précis et courant (en cas de fièvre, constipation, diarrhée...). Il doit prévoir l'utilisation encadrée (posologie-durée-nature des symptômes) de médicaments de premier recours et détailler les situations où la sollicitation d'un avis médical est nécessaire.
   Chaque protocole doit être validé et signé par le Pédopsychiatre.
   La mise en œuvre du protocole doit faire l'objet d'un enregistrement afin de pouvoir tenir informé le médecin de sa mise en œuvre.
   Les médicaments mentionnés dans ces protocoles doivent être disponibles à l'infirmerie.

5. Mettre en place des « protocoles nominatifs » décrivant la conduite à tenir vis-à-vis de résidents particuliers.
   Il correspond à un traitement clairement défini qui peut être administré dans une situation précise et attendue mais dont la date de la manifestation n'est pas connue : « traitement en cas d'agitation », « traitement en cas d'agressivité »...
   Il concerne généralement un ou plusieurs médicaments psychotropes, c'est-à-dire des médicaments soumis à prescription médicale qui ont des répercutions importantes sur l'état psychique et le comportement du patient.
   Ce protocole pourrait s'apparenter à une prescription médicale nominative individuelle rédigée pour une longue période (3 mois à un an) comportant uniquement le traitement de crise et la situation d'emploi (médicament - posologie - en cas d'agitation ...). Il serait revu à chaque nouvelle période de prescription (de durée maximale de 12 mois).
   La mise en œuvre du protocole doit faire l'objet d'un enregistrement dans le dossier du résident.

6. Mettre en place des « protocoles de soins » décrivant les modalités de réalisation des soins courants (gastro-stomie, pansements ...) : la façon de procéder (utilisation hygiénique des tubes de crème ou pommade), les médicaments et le matériel utilisé.

7. Mettre en place des documents permettant d'enregistrer, de façon individualisée, le suivi de l'état de santé des enfants ainsi que les soins infirmiers réalisés.

8. Procéder à la commande des traitements de résidents auprès de la pharmacie de ville en transmettant les prescriptions nominatives des résidents et non à travers un bon de commande hebdomadaire.
   La fourniture des médicaments par commande d'une liste de médicaments ne permet pas au pharmacien d'assurer une analyse pharmaceutique des prescriptions et d'alerter le médecin sur d'éventuelles interactions.

Les médicaments doivent être dispensés par la pharmacie, résident par résident, regroupés dans un sachet au nom du résident destinataire.

9. Faire en sorte que l'infirmerie soit aménagée dans des locaux appropriés :
- une pièce maintenue fermée à clef réservée à l'accès et l'utilisation du personnel autorisé ;
- des armoires permettant la détention des traitements des résidents, de façon séparée, résident par résident ;
- des armoires nécessaires au rangement du matériel médical.
- un point d'eau et une paillasse pour procéder au nettoyage du matériel utilisé ou à l'hygiène des mains.

10. Disposer d'un poster, régulièrement à jour, communiqué par la pharmacie, indiquant les correspondances entre princeps et générique de façon à supprimer tous les documents manuscrits qui peuvent comporter des erreurs.

11. Ne plus détenir les médicaments classés par forme et par ordre alphabétique, mais de façon séparée, par résident, dans une « barquette » identifiée à ses nom et prénom.
Cette façon de procéder permettra :
- d'identifier les médicaments destinés à un résident donné ;
- d'identifier aisément une éventuelle erreur de dispensation ;
- d'éviter d'administrer à un résident un médicament qui ne lui serait pas destiné.
- de vérifier, en cas de doute au moment de l'administration, le contenu du pilulier au regard des médicaments destinés au résident.

Les reliquats de traitement et certaines formes volumineuses (sachets, flacons...) pourront être conservés séparément.

12. Procéder à une gestion organisée des mallettes utilisées par les IDE pour procéder aux soins courants. Le contenu de ces mallettes doit être défini. Elles doivent être régulièrement nettoyées et convenablement réapprovisionnées.

13. Procéder à une gestion appropriée des gouttes buvables :
- en termes de condition de conservation des flacons entamés (flacons bouchés après emploi – dispositif de dosage nettoyé et conservé propre et sec après emploi, dans un verre propre prévu à cet effet)
- en termes de récipient : identification des godets sur le corps du flacons et non sur le bouchon (de façon à assurer l'identification du contenu même lorsque le flacon est ouvert)
- en termes d'hygiène (procéder au nettoyage et au séchage des flacons avant de les re-préparer).

14. Procéder à une gestion harmonisée des piluliers des résidents de façon à ce qu'au moins un pilulier journalier nominatif soit disponible par résident et mettre fin à l'utilisation de piluliers partagés.
Revoir l'organisation de la préparation des piluliers. Dans le sens où les traitements chroniques changeant peu, il serait judicieux de procéder à la préparation de plusieurs jours de traitement simultanément, ce qui limiterait les opérations de préparation de piluliers, faciliterait la vérification de la préparation par une autre personne et permettrait ainsi de limiter les erreurs possibles.
Les piluliers seraient préparés au regard de la ou des prescriptions en vigueur (si traitement intercurrent) tout au plus, une fois par jour.
Les piluliers ne comporteraient plus de mentions relatives au traitement mais uniquement le jour de prise et l'identité du destinataire.

15. Utiliser un dispositif de transport des piluliers préparés approprié entre l'infirmerie et la salle de soins : permettant de disposer d'un pilulier journalier par résident sous traitement médicamenteux.

16. En cas de sortie d'un résident pour un séjour d'au plus trois jour, il convient de remettre les piluliers des prises aux accompagnants avec une copie de la (ou des) prescriptions en cours plutôt que des boîtes ou des blisters de comprimés pour faciliter l'observance du traitement

Annexe 5

Liberté . Égalité . Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFET DU GERS

SOUS PREFECTURE
DE CONDOM

BOCR

Affaire suivie par :
M. ARLAT

☎ : 05 62 68 43 57
yves.arlat@gers.gouv.fr

Condom, le 28 juin 2012

Le préfet du Gers

à

Monsieur le Maire

32100 CONDOM

Objet : PV de visite de sécurité incendie dans les établissements recevant du public.

P.J. : 1

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-joint, pour attribution, copie du procès-verbal établi par la commission d'arrondissement pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique suite à la visite périodique, de « La Maison d'Enfants de Moussaron » située sur votre commune, le 04 juin 2012.

Conformément aux dispositions de l'article R 123.49 du code de la construction et de l'habitation, il vous appartient de notifier ce procès-verbal au responsable de l'établissement concerné, soit par la voie administrative, soit par lettre recommandée avec accusé de réception.

Je vous invite à appeler plus particulièrement l'attention de l'exploitant sur le paragraphe « prescriptions » du présent procès-verbal où sont précisées les vérifications techniques et les prescriptions à réaliser afin de mettre cet établissement en conformité avec la réglementation relative à la sécurité incendie.

Je vous en remercie par avance.

Pour le préfet et par délégation,
La secrétaire générale,

Laurence CALVET

Copie à :
- Monsieur le Chef d'Escadron commandant la compagnie de gendarmerie de Condom,
- Monsieur le Directeur du service départemental d'incendie et de secours du Gers.
- Monsieur le Directeur départemental des territoires,

Liberté . Égalité . Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFET DU GERS

SOUS-PREFECTURE
DE CONDOM

PROCES VERBAL

de la Commission d'arrondissement de CONDOM
pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique
dans les Etablissements Recevant du Public

Visite du 04 juin 2012

Nom de l'établissement	:	Centre de Moussaron – bâtiment hébergement nord est
Propriétaire	:	SARL Moussaron
Exploitant	:	Madame le docteur D
Adresse	:	Quartier Moussaron
Commune	:	32100 CONDOM
Référence SDIS	:	198 / D-2012-002386
Nature de la visite	:	Visite périodique

Constitution de la commission d'arrondissement :

VU Le code de l'urbanisme ;
VU Le code de la Construction et de l'Habitation et notamment ses articles R. 123.1 à R. 123.55 et R. 152.4 à R. 152.5 ;
VU Le décret n° 95.260 du 8 mars 1995 modifié, relatif à la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité ;
VU L'arrêté préfectoral du 16 juillet 2010 relatif aux commissions d'arrondissement pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public et les immeubles de grande hauteur ;

Le 04 juin 2012, sous la présidence de Madame L C , secrétaire générale de la sous préfecture de Condom, les membres de la Commission d'arrondissement de Condom pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, ont effectué la visite périodique de la maison d'enfants de Moussaron à Condom.

Les membres présents :
- Le Capitaine B préventionniste SDIS,
- M. G . de la DDT,
- Mme M , adjointe au maire,
- M. l'Adjudant R , représentant le commandant de la compagnie de gendarmerie territorialement compétente.

Autres membres présents :
- M. D , gérant de la maison d'enfants de Moussaron,
- M. L , directeur adjoint de la maison d'enfants de Moussaron,
- M. le Major B , préventionniste SDIS.

1) Descriptif sommaire / classement :

L'établissement se répartit de la façon suivante :

Bâtiment Serres
- Rez-de-Chaussée :
- 6 salles d'activités
- R + 1 :
- 10 chambres et 2 locaux infirmerie
- 2 salles d'activités existantes

Bâtiment Château
- combles non isolés détectés
- R + 1 :
- logements de fonction (détection prévue en 2ème tranche)
- RDC :
- 2 dortoirs (2 x 5 enfants) : dortoir N°1 = 1 sortie de 2 UP
  dortoir N°2 = 1 sortie d'1 UP
- 1 salle de jeux/d'activités : 3 sorties 4 UP
- 3 bureaux (secrétariat, direction, infirmerie)
- 2 locaux privés
  - sanitaires
- R - 1 :
- Caves détectées aménagées en locaux cloisonnés de réserves isolées, textiles, linge et jouets.
- chaufferie fuel isolée avec cuve extérieure enterrée.

Bâtiment Nord Est Hébergement
- R + 1 :
- 4 dortoirs d'enfants avec salle d'activités - jeux (totalisant 15 lits) et 1 bureau médical
- sanitaires
- terrasse accessible par le dégagement vers un escalier de bâtiment
- Rez-de-chaussée :
- 3 salles d'activités
- sanitaires
- 1 hall d'entrée
- 1 salle kiné
- 1 dortoir de 9 lits
- 1 dortoir de 6 lits
- R - 1:
- 4 dortoirs de 6 lits chacun (24 enfants)
- sanitaires
- 1 salle de sport
- 1 hall d'entrée
- R - 2 :

Bâtiment
- 1 local chaufferie
- 1 local réserve

Bâtiment Cuisine
RDC
- 1 cuisine plonge économat
- 1 salle de restauration

L'effectif est évalué comme suit ;

Exploitation	Surface accessible ou autre nature de calcul	Mode de calcul	Effectif
Bâtiment Serres		26 lits pensionnaires 12 (visiteurs)	Public : 38 personnes Personnels : 18

Bâtiment Château		12 lits pensionnaires 4 (visiteurs)	Public : 16 personnes Personnel : 8
Bâtiment « Bâtiment »		54 lits déclarés selon le chef d'établissement	Public : 54 enfants (nuits) Personnel : 10 à 12 le jour, 1 la nuit dans le bâtiment + 4 personnes présentes sur le site
Bâtiment restauration			Public : 100 personnes (résidents et visiteur cumulés) Personnel : 2 personnes

Les salles d'activités sont utilisés par les pensionnaires du bâtiment « Serre et Château».

Le bâtiment Serres est classé en type J de la 4ème catégorie.
Le bâtiment Château est classé en type J – W de la 5ème catégorie.
Le bâtiment Hébergement Nord est est classé en type J - L de la 4ème catégorie.
Le bâtiment Cuisine est classé en type N de la 5ème catégorie.

2) Réglementation applicable:

Bâtiment Serres

- Le Code de la Construction et de l'Habitation, notamment le chapitre III du titre II du livre 1er, Art. R 123.1 à 123.55.
- L'arrêté du 25 juin 1980 modifié, portant approbation du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.
- L'arrêté du 23 mai 1989 portant approbation des dispositions particulières relatives aux établissements du type U (Etablissement de soins).
- L'arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation des dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP (type U).
- Arrêté du 19 novembre 2001 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les E.R.P (dispositions particulières du type J)

Bâtiment Château

- Le Code de la Construction de l'Habitation et notamment les articles R 123.12 ; R 123.14 et R 123.19 ; R 152.4 et R 152.5.
- L'arrêté du 25 juin 1980 relatif à la sécurité incendie dans les Etablissements Recevant du public et notamment les articles GN.8 et GN.10.
- L'arrêté du 22 juin 1990 portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public de la 5ème catégorie.
- Le décret n° 2004-1141 du 27 octobre 2004 relatif à la sécurité incendie dans certains établissements recevant du public.
- L'arrêté du 8 novembre 2004 portant approbation des dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.
- L'arrêté du 2 Août 1977 relatif aux règles techniques et de sécurité applicables aux installations de gaz combustible et d'hydrocarbures liquéfiés, situées à l'intérieur des bâtiments d'habitation ou de leurs dépendances.
- L'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, de bureaux ou recevant du public.

Bâtiment Nord Est Hébergement

- Le Code de la Construction et de l'Habitation, notamment le chapitre III du titre II du livre 1er, Art. R 123.1 à 123.55.
- L'arrêté du 23 mars 1965 modifié, portant approbation des règlements de Sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les Etablissements Recevant du public.
- L'arrêté du 25 Juin 1980 modifié, portant approbation du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

- Arrêté du 19 novembre 2001 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les E.R.P (dispositions particulières du type J)

Bâtiment Restauration

- Le Code de la Construction et de l'Habitation, notamment le chapitre III du titre II du livre 1er, Art. R 123.1 à 123.55.
- L'arrêté du 25 Juin 1980 modifié, portant approbation du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.
- L'arrêté du 22 juin 1990 portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public de la 5ème catégorie.

Ensemble des bâtiments

- L'arrêté préfectoral du 18 août 2010 relatif à l'instruction technique la défense extérieure contre l'incendie du Gers.

3) Dérogations :

Date	Nature de la dérogation	Mesures compensatoires	Avis	Observations
Bâtiment Hébergement				
25/08/98	N°1 - à l'article U 16 - les escaliers existants antérieurement à la parution de l'arrêté du 23 mai 1969 ne présentent pas une largeur exigée de 1,40 m mais toutefois, leurs dimensions permettent le passage d'un brancard normalisé.	Le niveau 1 est desservi par 2 escaliers de 1,20 m et 1 escalier de 0,90 m pour 29 personnes à évacuer (sorties réglementaires exigées : 2 de 1 UP chacun)		PV 98-167

4) Historique de l'établissement :

4.1 Les précédents avis des commissions de sécurité :

L'établissement a été officialisé en 1959 :
Depuis 1971, il est un centre accueillant des personnes handicapées.

Date	Référence	Nature des travaux	Avis	Observations
Bâtiment Bâtiment				
04/12/96	Visite périodique		Favorable	PV 96370
02/07/98	Visite périodique		Favorable	PV 98127
02/10/01	PC 32 107 01 B 1032	Extension et création de dortoirs	Favorable	PV 2001-190
08/07/04	Visite de réception		Favorable	PV 2004167
Bâtiment Château				
11/06/92	Visite périodique		Favorable	
04/12/96	Visite de chantier			PV 96370
02/07/98	Visite périodique		Défavorable	PV 98128
29/11/02	Visite périodique		Favorable	
20/10/05	Visite périodique		Favorable	PV 2005278
Bâtiment Nord Est Hébergement				
11/06/92	Visite de sécurité			
04/12/96	Visite de chantier			PV 96371
02/07/98	Visite périodique		Défavorable	PV 98129
25/08/98	Demande d'aménagement	Mise en sécurité du bâtiment B (isolement de la chaufferie, réaménagement des dortoirs du niveau -1, l'enclosonnement de l'escalier central)	Défavorable	PV 98-167
29/11/02	Visite périodique		Favorable	PV 2002300
20/10/05	Visite périodique		Favorable	PV 2005279
Bâtiment Restauration				
01/02/05	PC 032 107 04 B 1049	Construction d'un bâtiment de restauration.	Favorable	PV 2005-24

27/11/07	Visite d'ouverture		Favorable	PV 2008009
Bâtiments Serres&Château				
17/12/08	Groupe de visite		Favorable	PV 2008333
Bâtiments Serres& Château& Hébergement				
01/04/09	Groupe de visite	Ensemble des bâtiments visités	Favorable	PV 200994
15/05/2010	Validation de la Commission de sécurité		Favorable	
Bâtiments Serres & Château& Hébergement & Restauration				
04/06/12	Visite périodique	Ensemble des bâtiments visités	Favorable	D-2012-002386

5) Descriptif technique du bâtiment :

5.1 Conception :

Bâtiment Serres

	Descriptif des installations
Voies	Voie interne desservant 1 façade minimum
Façades	2 façades minimum accessibles
Isolement	Distant de plus de 8 mètres en vis à vis
Structure	Résistance au feu SF ½ heure
Plancher	Plancher béton : CF ½ h Plancher du dernier niveau : CF ½ h
Façades	Règle du C+ D > à 1 m
Couverture	Tuile terre cuite incombustible
Distribution intérieure	Cloisonnement traditionnel : parois CF ½ heure et portes PF 1/2h
Locaux à risques	Chaufferie : parois et plancher hauts ; CF 2 h et porte CF 1
Aménagements intérieurs	Sol : souple et PVC Mur : peinture sur plaque de plâtre Plafond : M0 Literie : matelas répondant aux conditions de marché public Rideaux : voir observation

Bâtiment Château

	Descriptif des installations
Voies	Voie interne desservant 1 façade minimum
Façades	2 façades minimum accessibles
Isolement	Distant de plus de 5 mètres en vis à vis Superposé : logement de fonction
Structure	SF 1/2h
Plancher	Plancher bois protégé en sous face sur certaines partie à partir du sous sol
Couverture	Tuiles sur charpente bois
Distribution intérieure	Cloisonnement traditionnel parois épaisses du château existant
Locaux à risques	Chaufferie : parois et plancher haut CF 2 h et portes coupe feu de degré ½ h Local Archives : Parois et planchers hauts CF 1 h et portes CF ½ h à prévoir Autres locaux de stockage : parois et planchers hauts CF 1 heure et porte CF ½ h Procès verbal des matériaux à fournir
Conduits et gaines	Coupe feu de traversée respecté pour les parois
Aménagement intérieure	Sol : carrelage et plancher bois Mur : papier peints Faux plafond : lattis plâtrés

Bâtiment Nord Est Hébergement

	Descriptif des installations
Voies	Voie interne depuis le parc desservant 1 façade Niveau N0 Voie interne desservant niveau 1 Voie interne desservant niveau N-1 par Terrasse extérieure accessible à échelle aérienne Plancher bas du niveau le plus haut < à 8 mètres
Façades	2 façades minimum accessibles
Isolement	Distant de plus 8 mètres
Structure	Maçonnerie traditionnelle
Plancher	Plancher : CF ½
Façades	Maçonnerie enduite
Couverture	Tuiles incombustibles
Distribution intérieure	Cloisonnement traditionnel
Locaux à risques	Chaufferie : parois et planchers CF 2 h et portes CF 1 h Réserve : Parois CF 1 h et porte CF ½ h

Bâtiment Restauration

	Descriptif des installations
Voies	1 voie interne
Façades	1 façade minimum accessible
Isolement	Distant de plus de 5 mètres en vis à vis
Structure	Cloisonnement traditionnel
Couverture	Tuiles
Distribution intérieure	Cloisonnement traditionnel
Conduits et gaines	M0 pour les toilettes
Locaux à risques	Cuisine : parois CF 1 h et porte CF ½ h Chaufferie : parois CF 2 heures et porte CF ½ h
Aménagements intérieurs	Sol : M4 et carrelage Murs : M2 Plafond : M1

5.2 Conception des dégagements :

Bâtiments Serres

	EFFECTIFS				DEGAGEMENTS			
					Réglementaires		Réalisés	
Niveau	Public	Personnel	Visiteurs	Cumul	Sorties ou escaliers	U.P.	Sorties ou escaliers	U.P
R+1	26	8	12	46	2	4	1 escalier intérieur encloisonné + 1 escalier intérieur non encloisonné 1 escalier extérieur	2 UP 2 UP 2
Rez-de-Chaussée	26	10	12	48	2	4	4	10

Escaliers : L'escalier protégé du 2 UP est désenfumé par un châssis de 1 m²
L'atrium est désenfumé par des châssis totalisant 2 m²

- Circulation : Les circulations des chambres sont désenfumées naturellement par des exutoires de 1 m² en toiture et des amenées d'air frais de 10 dm² par UP de largeur de circulation

Bâtiment Château

	EFFECTIFS			DEGAGEMENTS			
				Réglementaires		Réalisés	
Niveau accessible au public	Public	Personnel	Cumul	Sorties ou escaliers	U.P.	Sorties ou escaliers	U.P
RDC	12	8	20	2	2	3	4

Protection des escaliers : non

Hébergement en RDC uniquement

Bâtiment Nord Est Hébergement

	EFFECTIFS			DEGAGEMENTS			
				Réglementaires		Réalisés	
Niveau	Public	Personnel	Cumul	Sorties ou escaliers	U.P.	Sorties ou escaliers	U.P
R+1	16	4	19	2	1 chacun	1 escalier hélicoïdal + 1 accessoire vers terrasse + 1 escalier extérieur droit	1 1 ACC 1 2
Rez-de-Chaussée	15	4	38	2	1 chacun	2	2
R - 1	24	2	60	2	1 chacun	2	4

Le niveau 1 est desservi par 2 escaliers de 1,20 m (1 droit, 1 tournant) et 1 escalier de 0,90 m.
Un escalier ne présente pas les 2 UP exigibles. Toutefois, leurs dimensions permettent le passage d'un brancard normalisé.
Le niveau 0 est desservi par deux dégagements totalisant 3 UP (hall 1 et 2)
Le niveau -1 est desservi par l'escalier central et par un dégagement de 1 UP direct sur l'extérieur (dortoirs 5 et 6). Les dortoirs 1,2 et 3 possèdent chacun 1 dégagement sur l'extérieur. Tous les dortoirs possèdent 2 sorties dont une directe sur l'extérieur.
Protection des escaliers :
L'escalier central est enclosonné à chaque niveau par des parois CF ° 1/2 heure et portes PF°1/2 heure équipées de ferme portes. Son désenfumage est assuré par un exutoire de 1 m² en partie haute et une entrée d'air de surface équivalente au niveau -1.
L'escalier hélicoïdal sera protégé à chaque niveau par la mise en place de blocs-portes CF° 1/2 heure, munis de fermes-portes sur tous les locaux donnant dans son volume.

Bâtiment Restauration

	EFFECTIFS			DEGAGEMENTS			
				Réglementaires		Réalisés	
Niveau accessible au public	Public	Personnel	Cumul	Sorties ou escaliers	U.P.	Sorties ou escaliers	U.P
RDC	100	2	102	2	3	10	20

5.3 Equipements techniques suivants :

Bâtiment Serres

	Descriptif des installations
Désenfumage	Naturel dans l'escalier réalisé par des châssis ouvrants de 1 m2 Naturel pour l'Atrium réalisé par châssis de 2 m2 Naturel pour circulation des chambres par exutoires de 1 m2 en toiture et amenées d'air de 10 dm2 par UP de largeurs Salles < à 300 m2
Chauffage	Chaudière au fioul de P de 70 kW Production d'eau chaude par ballon
Eclairage	BAES en ambiance et balisage

Bâtiment Château

	Descriptif des installations
Désenfumage	Un désenfumage : salles : ouvrants en façade ;
Chauffage	1 chaudière fonctionnant au fuel domestique (stocké dans une cuve) et d'une puissance < 70 Kw
Gaz	Gaz propane - stockage : citerne aérienne extérieure - distribution par canalisation cuivre - organes de coupure extérieure : non - intérieurs : non
Electricité	une installation électrique (tension utilisée : 230/400 V)
Eclairage	un éclairage de sécurité de type évacuation assuré par des BAES
Grande cuisine	Office

Bâtiment Nord Est Hébergement

	Descriptif des installations
Désenfumage	- Escalier principal : voir ci avant - Circulation : **R+1** : la circulation (hall 1) ayant une longueur de moins de 5 m (depuis l'escalier encloisonné), ne sera pas désenfumée. Les dortoirs 1 et 2 et salles de jeux 1 et 2 possédent plusieurs ouvrants sur l'extérieur permettant leur désenfumage. **rez-de-chaussée** : la circulation conduisant à l'escalier central n'est pas désenfumée. En mesure compensatoire, il a été proposé de désenfumer chaque dortoir par un ouvrant en façade asservi à la détection du dortoir. Salles : < à 300 m2 * **R - 1** : le dortoir Est sera désenfumé par 4 exutoires de 1 m² asservi à la détection en compensation du non recoupement du niveau.
Chauffage	1 chaudière au fuel de puissance : 130 Kw – stockage : citerne enterrée de 20 000 litres à l'extérieur - cuvette de rétention : oui - isolement : oui - distribution : production d'eau chaude sanitaire par cumulus électriques ;
Ventilation	Une VMC : conduites incombustibles
Electricité	Tension utilisée : 230-400 Volts ;

Eclairage	Eclairage de sécurité de type C assuré par des BAES
Ascenseur	Monte-personne

Bâtiment Restauration Cuisine

	Descriptif des installations
Désenfumage	Salle < à 300 m2
Ventilation	Mécanique contrôlée
Gaz	Gaz propane alimentant cuisine
Eclairage	BAES

5.4 Moyens de secours :

Ensemble des bâtiments

	Descriptif des installations
Bouches et poteaux d'incendie Robinets d'incendie armés Appareils mobiles et moyens divers	Puisard : de 4 m3/h ; Mare de volume en eau de 120 m3 et piscine de 140 m3 A faire vérifier Extincteurs appropriés aux risques
Affichage du plan de l'établissement et consignes	Oui
Service de sécurité incendie	Personnel désignés en journée : 10 de nuit : 3
Système de sécurité incendie Système de détection incendie Système de mise en sécurité incendie	Catégorie A Bâtiment Serres et Equipement d'alarme du Type 1 relié entre aux Bâtiments Nord est Hébergement, Château Oui Désenfumage naturel commandé pour le bâtiment Serres
Système d'alarme	Equipement d'alarme du type 1 Restauration Alarme type 4 Le bâtiment est en cours d'équipement de détection
Système d'alerte	Oui
Centre d'incendie et de Secours	CIP condom

6) Travaux réalisés

Les membres de la commission ont pu constater qu'aucun travaux n'ont été réalisés.

7) Contrôles et vérifications :

L'examen du registre de sécurité a permis de constater que les vérifications suivantes ont été réalisées :

7.1 Vérifications en cours d'exploitation :

Installation ou nature du document	Organisme et référence du rapport	Date	Résultat du contrôle
Désenfumage (DF 9-10)			
Triennale			
Annuelle	DEF Rapport N° 345900 désenfumage naturel par bouche et extraction DEF Rapport N° 13822 désenfumage des escaliers et des locaux	24/04/2012 5/0/2012	

Gaz (GZ 29-30)			
Annuelle	APAVE	21/06/2011	
Etanchéité	APAVE	21/06/2011	
Electricité (EL 18-19)			
Protection des travailleurs	APAVE	13/11/2011	
ERP	APAVE	13/11/2011	
Dispositions pour assurer la sécurité en cas de défaillance des réseaux de distribution d'énergie électrique	Essais du groupe et entretien Etablissement	31/10/2011	Concerne les types J.
Eclairage (EC 13-16)			
Annuelle	APAVE	13/11/2011	
Périodique	Personnel	01/06/2012	
Cuisine (GC 21-22)			
Appareils de cuisson			Porter résultat sur registre de sécurité
Conduits d'évacuation	Personnel de l'établissement 1 fois par semaine		
Circuits d'extraction			Porter résultat sur registre de sécurité
Moyens de secours			
Triennale – SSI	APAVE	2011	
Annuelle – SSI	DEF Rapport N° 2012 43650	25/05/2012	
Extincteurs	SECURIS	25/05/2012	
RIA			A réaliser
Séance d'instruction			A réaliser
Instruction sur le SSI			A réaliser
Exercice d'évacuation			A réaliser

8) Essais

Les membres de la commission ont procédé à la réalisation des essais suivants, par sondage :

Equipement	Résultat
Eclairage de sécurité Bâtiment restauration Bâtiment Serre Bâtiment Château Bâtiment Nord est Hébergement	 Satisfaisant Satisfaisant Satisfaisant 1 bloc défectueux
Alarme Bâtiment restauration Bâtiment Serre Bâtiment Château Bâtiment Nord est Hébergement	 Satisfaisant Satisfaisant Satisfaisant Remédier à la signalisation incendie du tableau de signalisation

9) Prescriptions :

Afin que la réglementation susvisée soit respectée, les prescriptions suivantes devront être prises en compte :

9.1 Prescriptions permanentes :

1 - Présenter en application de l'article L. 111-8, une demande d'autorisation de travaux pour toute création, aménagement ou modification d'un établissement recevant du public afin de vérifier si les travaux projetés sont conformes :

a) Aux règles d'accessibilité aux personnes handicapées prescrites, pour la construction ou la création d'un établissement recevant du public, à la sous-section 4 de la présente section ou, pour l'aménagement ou la modification d'un établissement recevant du public existant, à la sous-section 5 de la même section ;
b) Aux règles de sécurité prescrites aux articles R. 123-1 à R. 123-21.

2 - Tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité et, en particulier :

- l'état du personnel chargé du service d'incendie ;
- les diverses consignes, générales et particulières, établies en cas d'incendie « y compris les consignes d'évacuation prenant en compte les différents types de handicap ; »
- les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ;
- les dates des travaux d'aménagement et de transformation, leur nature, les noms du ou des entrepreneurs et, s'il y a lieu, de l'architecte ou du technicien chargés de surveiller les travaux.

3 - Mentionner sur le registre de sécurité, les dispositions retenues par l'exploitant afin de permettre l'évacuation des personnes en situation d'handicap. Les principes de conception et d'exploitation devront être précisés notamment pour ce qui concerne :

- La présence d'une aide humaine disponible en permanence pour participer à l'évacuation ;
- La mise en place éventuelle d'un équipement d'alarme spécifique complémentaire ;
- La création éventuelle d'espaces d'attente sécurisés avec les cheminements praticables associés ;
- Les procédures et consignes d'évacuation réalisées par l'exploitant et validées par la commission de sécurité (Art. GN8)

4 - Procéder aux vérifications périodiques réglementaires des différents équipements et installations techniques selon les réglementations en vigueur. Lorsque les vérifications techniques sont réalisées par :

- un technicien compétent, un relevé doit mentionner l'état de bon fonctionnement et d'entretien des installations vérifiées.
- un organisme agréé, un rapport de vérifications règlementaires en exploitation (RVRE) doit être transmis.

5 - Entretenir les appareils ou dispositifs de sécurité et veiller en permanence à leur bon état de fonctionnement. Les essais doivent être mentionnés dans le registre de sécurité (désenfumage, éclairage, alarme, moyens de secours, ...)

6 - Maintenir pendant l'exploitation et l'admission du public, l'ensemble des issues de secours libres de tout obstacle et déverrouillées pour permettre une évacuation rapide et sure de l'établissement.

7 - Procéder à des exercices d'instruction du personnel pour les initier sur la mise en œuvre de tous les appareils ou dispositifs d'extinction et d'alerte. Ces exercices sont organisés sous la responsabilité de l'exploitant et doivent être portés sur le registre de sécurité de l'établissement. (Art. MS 51 et MS 72)

8 - Afficher à l'entrée principale de l'établissement l'avis relatif au contrôle de sécurité, visé par l'autorité compétente (modèle CERFA 20 32 30) (Art. GE 5).

9 - Former des employés spécialement désignés sur la conduite à tenir en cas d'incendie et les entraîner à la manœuvre des moyens de secours.

Par ailleurs, tout le personnel de l'établissement doit être informé des consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer l'évacuation des malades.

Des exercices pratiques ayant pour objet d'instruire le personnel sur la conduite à tenir en cas d'incendie, doivent avoir lieu au moins une fois par trimestre. (Art. U 47 §1 et 2).

10 – Maintenir les façades accessibles en tout temps aux engins d'incendie.

11 - Veiller à ce que les portes de sorties de secours soient déverrouillées pendant la présence du public. Toutefois, elles peuvent être maintenues verrouillées sous réserve que le déverrouillage puisse être effectué automatiquement par asservissement au système d'alarme. (art. U21 §1).

9.2 Prescriptions maintenues : 13

Visite du 27 novembre 2007
Bâtiment réfectoire
Construction

12 - Fournir les procès verbaux des matériaux et éléments de construction utilisés lors de la réalisation du bâtiment.

Visite du 1er avril 2012
DEGAGEMENTS

13 - Supprimer la marche isolée dans le dégagement situé au rez-de-chaussée.

CHAUFFAGE

14 - Permettre, en cas de fuite, la récupération du combustible liquide dans un bac de contenance au moins égale à celle du réservoir, placé à la partie inférieure de l'appareil (article CH 52).

9.3 Prescriptions édictées à l'occasion de la séance du 04 juin 2012 :

Bâtiment Serres
Dégagements

15 - Veillez à ce que les chariots de linges en fin d'utilisation du fonctionnement quotidien, soient stockés dans un local prévus à cet effet, de manière à ne pas gêner le transfert horizontal lors de l'évacuation à réaliser en cas d'incendie (article J10)

16 - Stocker le mobilier de confort dans les sur-largeurs des couloirs de manière à ne pas former de saillie lors de l'évacuation (article CO 37)

17 - Retirer le fauteuil placé devant la bouche d'entrée d'air du désenfumage pouvant gêner le balayage des fumées lors de la mis en en service de ce dernier (article DF 1)

Bâtiment Château
Locaux à risques

18 - Réaliser l'isolement des archives par des parois et planchers coupe feu de degré 1 heure et des portes coupe feu de degré 1/ 2heure (article PE 9)
Ou
- Débarrasser celle-ci dans un local prévu à cet effet

19 - Fournir à la commission de sécurité les procès verbaux de réaction et de résistance au feu des locaux de stockage créés pour permettre le stockage de matériel et objets divers (article PE 9)

Bâtiment Nord Est Hébergement
Aménagements intérieurs

20 - Remplacer les rideaux masquant l'intimité de la personne par un matériau M2 ou C s_1 d_0, C s_2 d_1, C s_3 (article AM 11)

Eclairage de sécurité

21 - Remettre en état de fonctionnement le bloc d'éclairage de sécurité de la chambre collective du niveau N0 (article EC 13)

Moyens de secours

22 - Faire vérifier le robinet d'incendie armé installé dans la cage d'escalier et porter le résultat sur le registre de sécurité (article MS 17)

Ensemble des bâtiments
Dégagements

23 - Débarrasser les matériaux entreposés dans les volumes formant les cages d'escalier intérieur (article CO53)

Moyens de secours

24 - Organiser, sous la responsabilité du chef d'établissement, des exercices pratiques d'instruction du personnel sur la conduite à tenir en cas d'incendie, au moins une fois par semestre et consigner dans le registre de sécurité de l'établissement (Article J40).

10)AVIS DE LA COMMISSION D'ARRONDISSEMENT :

Les membres de la commission d'arrondissement émettent un **AVIS FAVORABLE** à la poursuite d'activité de l'établissement.

L'attention de l'exploitant est appelée sur le fait que les prescriptions édictées ci-dessus devront être rigoureusement respectées.

La présidente de la commission d'arrondissement,

Laurence CALVET

Annexe 6

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées

COPIE

Service émetteur : Direction du pilotage Stratégique

Affaire suivie par : Sandrine PICH-TRAVESET
Courriel : sandrine.pich-traveset@ars.sante.fr
Téléphone : 05.34.30.26.39
Télécopie : 05.34.30.25.93

Date : 22 août 2012

Le Directeur Général

à

Madame la Directrice
De l'IME « la Maison d'enfants Moussaron »
Moussaron
32100 CONDOM

L.R.A.R.

OBJET : Prise en charge médico-sociale des personnes des personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (TED).

REF : Mon courrier en date du 04 avril 2012.

Par courrier en date du 04 avril 2012, je vous informais de la conduite par mes services, d'une procédure d'évaluation des modalités de prise en charge des personnes présentant des troubles envahissants du développement au sein des établissements médico-sociaux ne disposant pas d'un agrément spécifique. Cette action est inscrite dans le Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées, actuellement soumis à la consultation depuis le 31 juillet dernier.

A ce titre, vous avez bien voulu me transmettre un dossier concernant l'organisation et le fonctionnement de l'IME dont vous assurez la direction.

Vous disposez d'un agrément délivré par arrêté préfectoral en date du 08 février 2012 afin d'accueillir des enfants polyhandicapés et des enfants déficients intellectuels moyens, profonds ou sévères, avec ou sans déficiences graves de la communication.

Vous déclarez accueillir 22 enfants et jeunes adultes atteints de troubles envahissants du développement (TED) bien que les résultats de l'enquête ES 2010 n'en répertorient que 12.

Les bilans diagnostiques doivent être établis en équipe pluridisciplinaire au moyen des outils nationaux répertoriés. Les recommandations de bonne pratique, produites par la Haute Autorité de Santé (HAS) et par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements médico-sociaux (ANESM) précisent les modalités d'intervention éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.

Aussi, il est nécessaire de vous rapprocher du Centre Ressources Autisme de Midi-Pyrénées (CRA) afin d'organiser l'évaluation diagnostique de ces jeunes par les équipes du dispositif régional coordonné.

A l'examen du dossier, je vous engage à développer d'ici 6 mois, une démarche qualité reposant notamment sur :

- l'élaboration des documents institutionnels obligatoires,
- la mise en place d'un conseil de la vie sociale ou de toute autre forme d'expression des usagers,
- la réalisation de votre évaluation interne.

A défaut, la démarche de requalification des places posant comme condition préalable la conformité de l'établissement avec les dispositions des lois du 02 janvier 2002 et du 11 février 2005, ne pourra être poursuivie.

Par ailleurs, je constate que les admissions ont majoritairement été faites en dehors de la région Midi-Pyrénées, 14 d'entre eux étant originaires de la région parisienne. Or, je ne peux cautionner cette pratique ancienne qui se confirme en 2012, alors que d'importants besoins restent non couverts dans les 7 autres départements de la région.

Ainsi, conformément au schéma régional d'organisation médico-sociale en cours d'adoption et dans un souci d'accès à une prise en charge adaptée, de qualité et de proximité, je veillerai à ce que les structures admettent prioritairement des personnes domiciliées dans la région Midi-Pyrénées. Toute exception devra être préalablement soumise à mon avis.

Enfin, au regard du nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, je vous invite à mettre en place des partenariats régionaux afin de faciliter leur admission dans les structures spécialisées pour adultes et si possible dans leur département d'origine.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale
de Santé de Midi-Pyrénées, et par délégation,
Pour la Directrice en charge du Pilotage Stratégique,
et par délégation,
La Directrice adjointe,

Dominique BOURGOIS

Copie :

Monsieur le Directeur du Centre Ressources Autisme de Midi-Pyrénées

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr