

**Direction de l'Autonomie**

**Institut médico-éducatif (IME) Jacqueline et Claude Chapellier**

**1 chemin du Pont à  
Marines (95640)**

**N° FINESS 95 004 797 7**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**2025\_IDF\_00121**

**Contrôle sur place le 20 mai 2025**

**Mission conduite par :**

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Direction de l'autonomie
- Docteur [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique.

**Accompagnée par :**

- Madame [REDACTED], désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- Monsieur [REDACTED], désigné personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- Monsieur [REDACTED], désigné personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- Madame [REDACTED], désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie

**Textes de  
référence**

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

## **AVERTISSEMENT**

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

# **SOMMAIRE**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Gouvernance</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation et prise en charge</b>                           | <b>7</b>  |
| 1.1.1. Gouvernance de l'accueil et conformité réglementaire  | 7         |
| 1.1.2. Le cadre bâti   | 8         |
| 1.1.3. Les locaux et équipements   | 9         |
| 1.1.4. La scolarisation des jeunes   | 12        |
| 1.1.5. L'activité des jeunes   | 12        |
| 1.1.6. Les projets individualisés d'accompagnement   | 13        |
| 1.1.7. Les dossiers de liaison d'urgence   | 14        |
| 1.1.8. Les vaccinations des jeunes   | 14        |
| <b>1.2. Management et Stratégie</b>  | <b>14</b> |
| 1.2.1. La Directrice   | 14        |
| 1.2.2. La directrice adjointe  | 15        |
| 1.2.3. L'encadrement éducatif et le climat social  | 15        |
| 1.2.4. Gouvernance des soins   | 16        |
| 1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur   | 17        |
| <b>1.3. Gestion de la qualité</b>  | <b>17</b> |
| 1.3.1. La qualité  | 17        |
| 1.3.2. La formation  | 17        |
| 1.3.3. La gestion des EIG  | 18        |
| 1.3.4. Les violences sexuelles   | 18        |
| 1.3.5. La vie affective et sexuelle  | 20        |
| 1.3.6. La maltraitance   | 21        |
| <b>1.4. Les outils de la loi 2002-2 et les affichages</b>  | <b>22</b> |
| 1.4.1. Le projet d'établissement et le plan bleu   | 22        |
| 1.4.2. Le règlement de fonctionnement  | 23        |
| 1.4.2. Les affichages  | 23        |
| <b>2. Fonctions support</b>  | <b>25</b> |
| <b>2.1. Gestion des ressources humaines</b>  | <b>25</b> |
| 2.1.1. Les dossiers administratifs des professionnels  | 25        |
| 2.1.2. Les plannings des professionnels  | 25        |
| <b>2.2. Sécurités</b>  | <b>26</b> |
| 2.2.1. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)                                    | 26        |
| 2.2.2. Les vaccinations des usagers  | 26        |
| 2.2.3. L'identito-vigilance  | 26        |
| <b>2.3. Champ thérapeutique : les moyens pour la prise en soin</b>                                   | <b>27</b> |
| 2.3.1. Le cabinet médical et l'infirmérie  | 27        |
| 2.3.2. Les prescriptions médicales   | 27        |
| 2.3.3. Matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration  | 28        |
| 2.3.4. Les procédures et protocoles de soins   | 29        |
| <b>2.4. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament</b>   | <b>29</b> |
| 2.4.1. La procédure du circuit du médicament   | 30        |
| 2.4.2. Communication avec la pharmacie   | 31        |
| <b>2.5. Écarts et remarques</b>  | <b>31</b> |
| <b>3. Conclusion</b>   | <b>33</b> |
| <b>4. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport</b>                                     | <b>34</b> |
| <b>5. Annexes</b>  | <b>36</b> |
| Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle  | 36        |
| Annexe 2 Lettre d'injonction d'intention du 28 mai 2025  | 37        |
| Annexe 3 Lettre d'injonction définitive du 6 juin 2025   | 39        |
| Annexe 4 La liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue | 44        |

# **SYNTHESE**

## **Éléments déclencheurs de la mission**

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

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

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

## **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF) le 20 mai 2025. Ce rapport étaye les injonctions immédiates réalisées le 28 mai et 6 juin 2025.

## **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

L'inspection met en évidence :

- des manquements significatifs portant atteinte à la sécurité, la santé, la dignité et aux droits des enfants, ainsi qu'à la qualité de la gestion et de l'organisation de l'établissement ;
- des défauts majeurs dans la prévention des violences, le respect des droits des enfants, et la disponibilité des ressources médicales et procédures d'urgence ;
- des insuffisances dans l'adaptation des projets éducatifs, la diversité des activités, et la qualification du personnel.

# **INTRODUCTION**

## **Contexte de la mission d'inspection**

Le programme national d'inspection et de contrôle « Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap avec hébergement / internat. » a été inscrit au programme de travail des agences régionales de santé (ARS) pour 2025. Il s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027 ». Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants.

## **Modalités de mise en œuvre**

Il a été réalisé par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF).

L'équipe d'inspection<sup>1</sup> est composée de :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Direction de l'autonomie
- Docteur [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique.

L'équipe d'inspection est accompagnée de :

- Madame [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- Monsieur [REDACTED] désigné personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- Monsieur [REDACTED] désigné personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- Madame [REDACTED], désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie

Ce contrôle a été réalisé sur site le 20 mai 2025, de manière inopinée<sup>2</sup>. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

## **Présentation de l'établissement inspecté (IME Jacqueline Claude et Chapellier)**

| Coordonnées de l'organisme gestionnaire |                     |
|---|---------------------|
| Nom de l'organisme :                    | Mutuelle La Mayotte |
| Adresse de l'organisme :                | 165 avenue de Paris |
| Code postal et Ville :                  | Montlignon (95680)  |
| Courriel :                              | [REDACTED]          |
| Téléphone fixe :                        | [REDACTED]          |
| Site internet                           | [REDACTED]          |

| Coordonnées de la structure : |                  |
|-------------------------------|------------------|
| Adresse :                     | 1 chemin du Pont |
| Code postal et Ville :        | Marines (95640)  |
| Courriel :                    | [REDACTED]       |
| Téléphone portable :          | [REDACTED]       |

| Type de structure                      |                                     |              |             |           |
|--|-------------------------------------|--------------|-------------|-----------|
| Type d'établissement / service :       | Institut Médico-Educatif (IME)      |              |             |           |
| Date d'ouverture :                     | 10-2024                             |              |             |           |
| Raison sociale :                       | IME Jacqueline et Claude Chapellier |              |             |           |
| Numéro FINES :                         | Géographique :                      | 95 004 797 7 | Juridique : | 950003319 |
| Statut juridique de l'entité juridique | Privé non lucratif                  |              |             |           |

<sup>1</sup> Cf. la lettre de mission en annexe 1.

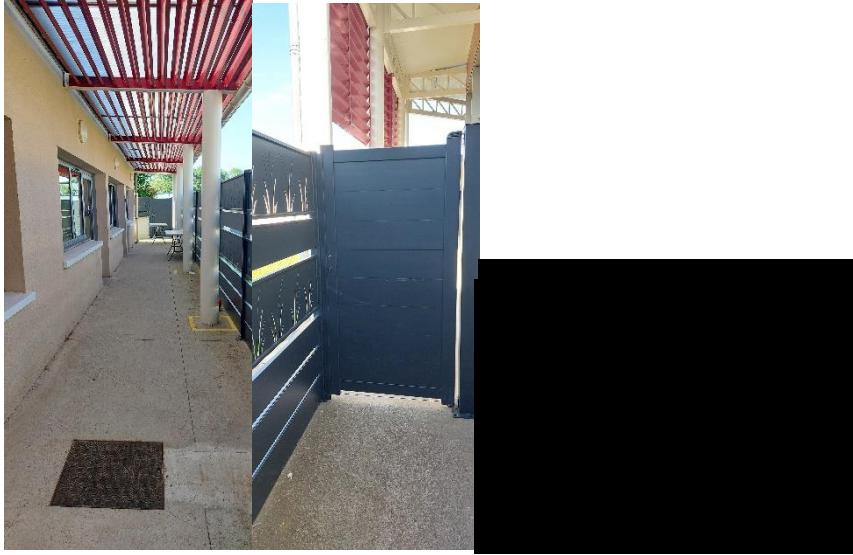
<sup>2</sup> Sans annonce préalable à l'établissement

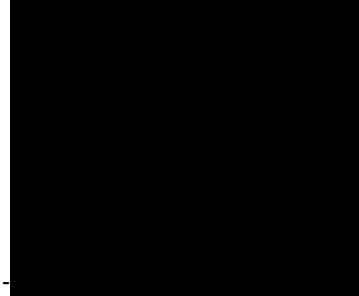
| Type de structure  |   |
|--------------------|---|
| Option tarifaire : | Double financement : ARS 210 jours dotation globale (tarif 57€) /CD : 155 jours |

# 1. Gouvernance

## 1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation et prise en charge

| Sous-thème IGAS                              | Points de contrôle  | Observations ou commentaires   |
|--|---|--|
| 1.1 Conformité aux conditions d'autorisation | <b>1.1.1. <u>Gouvernance de l'accueil et conformité réglementaire</u></b> | <p>L'établissement est autorisé depuis 2023 (arrêté n°2023-186) par l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil départemental (CD) du 95 pour huit places. Ce projet en réflexion depuis 2021 et [REDACTED] s'est mis en place en partenariat avec la MDPH et le CD dans l'objectif d'accompagner des publics en double vulnérabilité (ASE/handicap). L'établissement a ouvert en octobre 2024 et assure un accueil inconditionnel en hébergement permanent et fonctionne en continu vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.</p> <p>Le procès-verbal du 8 octobre 2024 signé le 28 octobre 24 inscrit un budget de fonctionnement de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 542 972€ (ARS);</li><li>• 577 028€ (CD).</li></ul> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les enfants ne reçoivent pas ou peu de visites et ne rentrent pas systématiquement chez eux. Les échanges avec les familles se limitent aux visites médiatisées auxquelles les jeunes sont accompagnées par les membres de l'équipe éducative. D'une manière générale, les liens entre les éducateurs et les familles des enfants sont insuffisamment développés. Cela restreint la possibilité d'un véritable accompagnement parental et d'une continuité éducative.</p> <p>A cela s'ajoute, selon l'établissement l'absence de conventionnement. La direction a rappelé la nécessité d'une convention tripartite MDPH/ASE/ESMS.</p> |

| Sous-thème<br>IGAS | Points de contrôle                        | Observations ou commentaires   |
|--------------------|---|--|
|                    | <p><b>1.1.2. <u>Le cadre bâti</u></b></p> | <p>L'IME et l'ITEP Paolo Freire sont situés sur le même site. Si l'ITEP dispose d'un espace vert et d'aires de jeux, l'IME en est privé, du fait <b>d'un grillage fermé à clé empêchant l'accès des enfants</b>. Ainsi, ceux de l'IME se trouvent privés d'espaces extérieurs essentiels à leur bien-être.</p> <p>L'établissement justifie cette situation en invoquant la visite de conformité du 8 octobre 2024, qui aurait insisté sur la nécessité de séparer les publics. Pourtant, le procès-verbal du 28 octobre ne mentionne pas explicitement l'obligation d'empêcher l'accès aux aires de jeux, il constate seulement la séparation par des deux dispositifs par des portails.</p> <p><b>En choisissant de maintenir ces restrictions sans fondement réglementaire clair, l'établissement prive de manière injustifiée les jeunes de ces espaces extérieurs.</b></p>  |

| Sous-thème<br>IGAS                                    | Points de contrôle   | Observations ou commentaires  |
|---|--|---|
|   |  |   |
| <p><b>1.1.3. <u>Les locaux et équipements</u></b></p> | <p>Au regard du plan transmis et du procès-verbal du 28 octobre 2025 établissement dispose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quatre chambres individuelles et deux chambres doubles avec des sanitaires et toilettes partagées ;</li> <li>• d'une salle à manger ;</li> <li>• d'un salon ;</li> <li>• de deux salles d'activité dont une salle de psychomotricité ;</li> <li>• d'une salle de téléconsultations ;</li> <li>• d'un local de soins/infirmérie ;</li> <li>• d'une salle de personnel.</li> </ul> <p>Toutefois, la mission a relevé plusieurs constats témoignant de l'<b>inadéquation partielle des locaux et des réaménagements opérés par la direction</b>.</p> <p>Le projet initial validé lors de la visite de conformité prévoyait l'aménagement de deux chambres doubles. Toutefois, les entretiens ont révélé qu'au moment de la mise en œuvre, l'établissement a opté pour la <b>généralisation des chambres doubles</b>. Il ressort des échanges qu'une hypothèse de chambres triples avait même été envisagée par la direction, avant d'être écartée par l'intervention de l'équipe en place.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> |  |

| Sous-thème<br>IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires  |
|--------------------|--------------------|---|
|                    |                    | <p>Par ailleurs, l'aménagement des locaux posent d'autres problèmes tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les sanitaires sont partagés.</b> Si les cabines de douche disposent de portes, les vestiaires attenants ne sont pas cloisonnés, ce qui compromet l'intimité des enfants. De plus, lors de l'inspection, aucun encadrement organisationnel spécifique des temps de douches n'a été observé. Les professionnels rapportent que les douches ont lieu dans un même environnement et à des moments simultanés, bien que les sorties soient différencierées selon les cas. Cette situation a fait l'objet d'une injonction immédiate. Une procédure a été transmise, mais les mesures restent insuffisantes : <b>absence de planning formalisé, espaces sensibles toujours mal isolés, et aucune anticipation des imprévus identifiée.</b></li> <li>• <b>L'espace de relaxation est vétuste et peu entretenu</b> (tapis usés, colonne à bulles, balles en plastique), et est également utilisé comme salle d'isolement en cas de crise ;</li> <li>• <b>La salle de “cuisine thérapeutique”</b> n'est pas adaptée aux enfants accueillis, notamment du fait de meubles en métal peu sécurisants ;</li> <li>• Les bureaux de la direction sont situés dans un bâtiment séparé, non accessible aux enfants sans accompagnement, renforçant le cloisonnement entre l'équipe de direction et les usagers ;</li> <li>• <b>La salle de téléconsultation, initialement prévue pour des échanges cliniques,</b> ne répond pas aux besoins des enfants et sert aujourd'hui principalement au renouvellement d'ordonnances.</li> </ul> <p>Plus globalement, <b>l'environnement de vie est jugé peu accueillant et peu stimulant pour les enfants.</b> Les locaux présentent peu de jeux, de décoration ou d'éléments visuels. Les affichages existants sont principalement cantonnés aux espaces administratifs, sans réelle accessibilité ni utilité pour les jeunes (cf point 1.4.2)</p> |

## Points de contrôle

## Observations ou commentaires



**Écart 1 : En ne disposant pas de locaux en nombre suffisant et de dimensions adaptées à l'ensemble des activités, l'établissement contrevient aux articles D312-27, D312-82 et D312-97 du CASF.**

| Sous-thème<br>IGAS | Points de contrôle                               | Observations ou commentaires  |
|--------------------|--|---|
| nc                 | <b>1.1.4. <u>La scolarisation des jeunes</u></b> | <p>Il n'y a aucun projet de scolarisation ou de formation, à l'exception [redacted]</p> <p>Le parcours éducatif reste très limité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Trente minutes par jour d'activités éducatives</b> assurées par l'équipe de l'IME, non formée à l'enseignement ;</li> <li>- <b>Une demi-journée hebdomadaire avec une enseignante spécialisée</b> rattachée à l'IME et au SESSAD, pour un groupe hétérogène de jeunes de sept à dix-huit ans ;</li> <li>- <b>Aucune convention avec l'Éducation nationale.</b></li> </ul> <p>L'établissement déclare avoir demandé un enseignant en décembre 2024. Il aurait reçu une confirmation d'un poste pour la rentrée 2025-2026 (document non transmis à la mission).</p> <p><b>Écart 2 : En ne permettant pas une scolarité adaptée aux besoins des jeunes, l'établissement contrevient aux articles suivants D312.155.0, L311-3 3° D9312-152-2 Annexe 2-3-1, D351-9, D351-3 du casf</b></p>   |
|                    | <b>1.1.5. <u>L'activité des jeunes</u></b>       | <p>De plus, les plannings d'activités révèlent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une absence d'accompagnement individualisé</b> des jeunes accueillis malgré des profils et des besoins diversifiés ;</li> <li>• <b>De nombreux temps inactifs</b> source d'accentuation des troubles du comportement. Les enfants et les jeunes accueillis au sein de l'établissement disposent de peu d'opportunités pour sortir et découvrir des environnements extérieurs.</li> <li>• <b>Aucun séjour n'est organisé, absence de vacances prévu.</b></li> <li>• <b>En dehors de certaines activités extérieures spécifiques</b>, comme l'équithérapie, les sorties restent rares, limitant considérablement leur accès à l'extérieur de la structure.</li> </ul> <p>Malgré les relances après l'inspection, l'injonction réalisée et les engagements pris par l'établissement, <b>aucun planning d'activité du week-end n'a été transmis</b>. Seules deux fiches projets ont été reçues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorties des 29 et 30 mars ("Festival Tout Court") ;</li> <li>• Sortie du 20 avril 2025 ("Chasse aux œufs")</li> </ul> <p>Aucun élément ne permet de confirmer la réalisation effective de ces sorties (<b>absence de feuilles de présence, attestations de paiement, documents de suivi ou tout autre justificatif</b>).</p> |

| Sous-thème<br>IGAS  | Points de contrôle | Observations ou commentaires   |
|---|--------------------|--|
|   |                    | <p data-bbox="608 584 2106 647"><b>Écart 3 :</b> L'établissement ne propose pas une offre d'activités suffisamment diversifiée, ce qui limite la prise en charge adaptée et l'autonomie des usagers, en contradiction avec les exigences des articles L312-12 et L312-20 du CASF.</p>  |
| 1.1.6. <u>Les projets individualisés d'accompagnement</u> |                    | <p data-bbox="608 679 2052 743">Le retard dans l'élaboration des projets individualisés révèlent une défaillance organisationnelle mettant en échec la mission d'accompagnement des enfants.</p> <p data-bbox="608 751 2052 870">Plus précisément, la mission a enjoint l'établissement dans les courriers du 28 mai et du 6 juin 2025 de réaliser l'ensemble des PIA. La direction s'est engagée à ce que les enfants arrivés début novembre aient un PIA avant le 14 juin 2025 (soit 3 jeunes). Selon l'établissement 2 PIA ont été réalisés à l'issue de l'inspection. La mission d'inspection a étudié l'un des PIA réalisé. Ce document se limite à des besoins généraux : apprendre à lire l'heure, participer à des activités, développer des habiletés sociales. Il n'y a aucune mention du projet scolaire ou professionnel.</p> <p data-bbox="608 890 2001 954"><b>Écart 4 :</b> En ne disposant pas pour chaque personne accompagnée d'un projet personnalisé complet, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 et D312-19 / D312-65 / D312-87 du CASF.</p> |

| Sous-thème<br>IGAS | Points de contrôle   | Observations ou commentaires |
|--------------------|--|------------------------------|
|                    | <p><b>1.1.7. <u>Les dossiers de liaison d'urgence</u></b></p> <p>La mission a constaté que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le DLU des six enfants n'est pas à jour;</b></li> <li>- <b>Les traitements prescrits ne figurent pas dans le DLU.</b></li> </ul> <p>Le [REDACTED] comporte une rubrique "dossier liaison d'urgence" (DLU). Il n'existe pas de DLU en version papier accessible pour les professionnels. Seul le DLU en version électronique est disponible. En cas d'urgence il est nécessaire d'éditionner le formulaire. Aucune procédure relative au DLU et à sa mise à jour n'a été transmise à la mission.</p> <p><b>Écart 5 : En ne disposant pas d'un DLU à jour et facilement accessible pour l'ensemble des jeunes accueillis, l'établissement ne permet pas une transmission efficace des informations nécessaires dans la continuité des soins en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L1110-1 du CSP</b></p> |                              |
|                    | <p><b>1.1.8. <u>Les vaccinations des jeunes</u></b></p> <p>Des informations sur la vaccination des enfants/jeunes quand elles sont disponibles/transmises – (carnet de santé) figurent dans le dossier médical en version papier. Un classeur avec les carnets de santé a été mis en place [REDACTED]. L'état de la vaccination ne figure pas (après vérification) dans le dossier médical sous [REDACTED]. <b>Le dossier médical de l'un des enfants est manquant, dont le carnet de santé, ceci depuis son admission.</b></p> <p>La mission d'inspection a pu constater que les différents webinaires d'information et outils de l'ARS sur le sujet de la vaccination HPV ne sont pas connus de l'établissement.</p>   |                              |

## 1.2. Management et Stratégie

| Sous-thème<br>IGAS                 | Points de contrôle   | Observations ou commentaires |
|------------------------------------|--|------------------------------|
| 1.2.<br>Management<br>et Stratégie | <p><b>1.2.1. <u>La Directrice</u></b></p> <p>[REDACTED]</p> <p>La délégation de pouvoirs et de signatures datée du 1er mai 2024 pour les dispositifs Paolo Freire et du dispositif Jacqueline et Claude Chapellier indique que :</p> |                              |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle                                       | Observations ou commentaires   |
|-----------------|--|--|
|                 |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La directrice ne peut signer des chèques à concurrence d'un montant monétaire de 7 500 euros ;</b></li> <li>- Les engagements et réalisations en lien avec l'investissement sont soumis à validation du siège.</li> </ul> <p>Au regard des montants alloués et du nombre de salariés [REDACTED] il apparaît incohérent que pour cet établissement la directrice ait une délégation limitée.</p>  |
|                 | 1.2.2. <u>La directrice adjointe</u>                     | [REDACTED]   |
|                 | 1.2.3. <u>L'encadrement éducatif et le climat social</u> | <p>Plus précisément les échanges indiquent que :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] <b>La coordination entre pôles éducatif et paramédical est défaillante</b> [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La formation à la gestion des crises est inadaptée aux réalités du terrain.</b> L'établissement échoue ainsi à garantir un cadre stable et sécurisant, exposant les enfants à des risques liés à l'instabilité du personnel et au manque de préparation des équipes.</li> <li>- Les réunions d'équipe hebdomadaires ne font l'objet d'<b>aucune traçabilité</b> dans [REDACTED] et les informations sur les jeunes sont émiettées dans différentes sources de données et ne sont pas toujours accessibles de l'ensemble des professionnels ;</li> <li>- Enfin, <b>les dispositifs d'analyse des pratiques et de retour d'expérience sont insuffisants face aux dysfonctionnements</b>, et l'intervention ponctuelle d'une prestataire pour renforcer la cohésion arrive trop tard et reste limitée. <b>L'absence récurrente d'intervenants clés</b> [REDACTED] lors des échanges fragilise la prise en charge globale des enfants, dont les besoins complexes exigent une intégration régulière de ces expertises.</li> </ul> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle                                | Observations ou commentaires  |
|-----------------|---|---|
|                 |   | <p><b>Écart 6 :</b> Au regard des multiples dysfonctionnements managériaux et de coordination, la direction ne parvient pas à instaurer un cadre stable et sécurisant. Cette situation compromet la capacité de l'établissement à répondre efficacement aux besoins des jeunes, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles, qui garantit notamment le respect de la dignité, de la sécurité et du bien-être des personnes accompagnées.</p>  |
|                 | <p><b>1.2.4. <u>Gouvernance des soins</u></b></p> | <p>L'établissement présente des <b>difficultés significatives dans le recrutement et le maintien des ressources médicales et paramédicales essentielles</b>. Par ailleurs, l'<b>absence de solutions claires face</b> [REDACTED] et le <b>manque de formalisation des dispositifs de coordination sanitaire</b> soulèvent des questions sur la capacité à assurer une prise en charge cohérente et continue.</p> <p>Plus précisément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement a contacté trente médecins généralistes et vingt-six orthophonistes par courrier, sans retour positif, à l'exception de 2-3 refus formels. À ce jour, <b>aucun poste médical n'est pourvu</b>;</li> <li>• Le suivi pédopsychiatrique, assuré par téléconsultation depuis avril 2025, ne répond pas pleinement aux besoins des jeunes, étant surtout cantonné au renouvellement d'ordonnances. En effet, au sein du procès-verbal du 8 octobre 2024 l'établissement s'engageait à des téléconsultations en pédopsychiatrie dès le mois suivant trois heures par semaine. Une attestation a été transmise par l'établissement qui acte le démarrage de cette activité avec un pédo psychiatre [REDACTED] le 10 avril 2025. En pratique, il a été rapporté unanimement à la mission que le système de téléconsultation n'est pas adapté pour le suivi pédo psychiatrique des jeunes mais fonctionnel pour le renouvellement des ordonnances. Aucun de compte-rendu des actes réalisés n'a été transmis ou n'a pu être consulté par la mission d'inspection;</li> <li>• L'infirmière actuelle prévoit un départ en juin 2025, <b>sans qu'aucune solution de remplacement n'ait été communiquée</b>, ce qui compromet la continuité des soins infirmiers. Elle a fait part d'actions mises en œuvre pour assurer un suivi dentaire, podologique et nutritionnel des enfants/jeunes.</li> <li>• Le poste de psychomotricienne est partagé avec l'ITEP</li> <li>• Le poste de psychologue</li> </ul> <p>Des demandes de conventionnement, en date du 28 mai 2025, ont été adressées à quatre centres hospitaliers [REDACTED]. Il convient de noter qu'une première sollicitation, restée sans réponse, avait déjà été adressée au [REDACTED] en novembre 2024.</p> <p><b>Écart 7 :</b> En ne disposant pas d'une convention passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-7 / D312-66 / D312-88 du CASF.</p> <p><b>Écart 8 :</b> En ne disposant pas d'un médecin et/ou d'un pédiatre, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-21 du CASF.</p> |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle  | Observations ou commentaires  |
|-----------------|---|---|
|                 | 1.2.5. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u> | L'établissement bénéficie d'un <b>cadre institutionnel et de ressources du siège</b> , mais ces <b>appuis restent insuffisants face aux difficultés structurelles</b> , notamment en recrutement et en gestion et suivi des EIG et en gestion de crise, ce qui fragilise son fonctionnement opérationnel. |

### 1.3. Gestion de la qualité

| Sous-thème IGAS              | Points de contrôle         | Observations ou commentaires   |
|------------------------------|----------------------------|--|
| 1.3<br>Gestion de la qualité | 1.3.1. <u>La qualité</u>   | <p>La mission relève :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un pilotage insuffisant de la démarche qualité par la direction de l'établissement et <b>l'absence de plan d'amélioration continue</b> ;</li> <li>• <b>Une culture orale importante et une traçabilité insuffisante.</b> Ex., Un planning existe permettant de tracer les jours dédiés aux shampoings ou aux bains. L'hygiène corporelle des enfants et des jeunes ne fait pas l'objet d'un suivi systématique. Les éventuels imprévus, tels que les refus de douche, sont consignés dans le cahier de liaison, mais aucun contrôle régulier n'est mis en place). Le protocole de gestion du linge n'est pas formalisé par écrit. A noter que le circuit du linge propre n'est pas respecté, entraînant un croisement entre linge propre et linge souillé. Concernant les tenues vestimentaires, les vêtements des jeunes sont bien étiquetés à leur arrivée à l'IME, mais les nouveaux ne sont pas identifiés.</li> <li>• Une évaluation des pratiques insuffisante et qui ne s'appuie pas sur des formations et des indicateurs concrets.</li> </ul>           |
| 1.3<br>Gestion de la qualité | 1.3.2. <u>La formation</u> | <p>Il ressort des entretiens menés que les formations suivies ne sont pas adaptées ou n'apportent pas de réponses satisfaisante et concrètes pour faire face aux comportements des enfants accueillis dans l'établissement.</p> <p>Un document liste les formations internes suivies en 2024-2025, mais aucune attestation n'a été communiquée, sauf pour deux formations spécifiques à l'exception des attestations de formation sensibilisation TSA et [redacted]. De plus, les dossiers des salariés sont vides de toutes attestation de formation. Il ne mentionne pas de sensibilisation/formation du personnel sur cette thématique. Un message électronique (et le récapitulatif des formations effectuées transmis) mentionne une formation sur la vie affective et sexuelle des personnes avec TND les 17 et 16/10/2025 ; elle a été suivie par 6 professionnels de la structure. La mission a eu connaissance également lors des entretiens d'une formation « Gestion des comportements-problèmes » a eu lieu les 30 septembre et 1er octobre 2024, avec 11 participants. Malgré cela, un fort turnover est intervenu.</p> |

| Sous-thème IGAS               | Points de contrôle                           | Observations ou commentaires   |
|-------------------------------|--|--|
|                               |  | <p>À la suite de l'injonction de la mission, l'établissement a programmé des formations sur les violences sexuelles, la bientraitance et la gestion de crise, notamment deux sessions de bientraitance en juin et juillet 2025, ainsi qu'une formation sur la vie affective et sexuelle en juin et octobre 2025. Plus précisément un document intitulé "plan de formation 2025", créé le 22 mai 2025, a été transmis à la mission à l'issue de l'inspection. Il répertorie des actions de formations collectives mutualisée (gestion des situations de crise, enfants en souffrance psychique...bientraitance, secret professionnel et ses exceptions)</p>   |
| 1.3<br>Gestion de la qualité  | <b>1.3.3. <u>La gestion des EIG</u></b>      | <p>La gestion des événements indésirables soulève des enjeux critiques de protection des jeunes, en particulier concernant plusieurs cas de violences sexuelles, qui ont conduit à une injonction immédiate au sein de la lettre d'injonction immédiate transmise le 6 juin 2025.</p> <p>Bien qu'une procédure actualisée de déclaration des événements indésirables graves (EIG) ait été mise en place le 21 mai 2025, celle-ci ne prévoit pas de suivi opérationnel rigoureux, d'analyse approfondie des causes ni de mise en œuvre systématique de plans d'action correctifs.</p> <p>La communication interne reste insuffisante, les équipes éducatives et les personnes impliquées ne sont pas informées régulièrement des suites données. Par ailleurs, la coordination avec les partenaires institutionnels tels que l'ARS et l'ASE est limitée, et la gestion des EIG n'est pas intégrée au projet d'établissement ni au plan qualité.</p> <p>La procédure antérieure de mars 2025, non mise à jour, manque de clarté notamment sur l'obligation d'informer l'autorité de tarification conformément au décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016.</p> <p><b>Écart 9 : Le suivi, l'analyse et la remontée des événements indésirables ne sont pas formalisés systématiquement, en non-conformité avec le R.331-8 CASF, le R1413-69 CSP</b></p> |
| 1.3.<br>Gestion de la qualité | <b>1.3.4. <u>Les violences sexuelles</u></b> | <p>La mission a constaté une défaillance majeure, persistante et préoccupante dans le domaine des violences sexuelles,</p> <p>[REDACTED]</p> <p>1. Agression sexuelle entre jeunes accueillies :</p> <p>[REDACTED]</p>   |

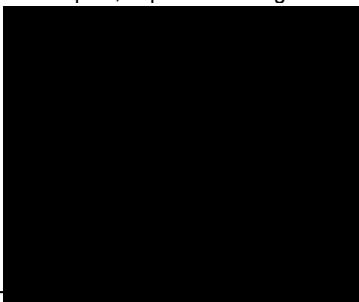
| Sous-thème IGAS | Points de contrôle | Observations ou commentaires  |
|-----------------|--------------------|---|
|                 |                    |   |
|                 |                    | <b>Agression présumée</b>   |
|                 |                    |   |
|                 |                    | <b>Violences et agressions sexuelles intrafamiliales révélées à l'IME :</b>   |
|                 |                    |   |
|                 |                    |   |
|                 |                    | <p>L'établissement informe dans un document réalisé le 23 janvier 2025 que la majorité des injonctions demandées ont été réalisées dont le signalement au Procureur de la République, le suivi médical et la séparation physique des jeunes concernées par l'agression sexuelle. Toutefois, les documents de preuve n'ont pas été transmis à la mission.</p> <p>Selon les documents transmis des mesures de suivi partielles ont été mises en œuvre uniquement pour la première agression entre jeunes : entretien conjoint avec la psychologue, groupe de parole pour l'auteure, information de l'ASE avec demande de transfert, et planification partielle des soins psychologiques pour la victime. Il est fait mention d'un examen gynécologie [REDACTED] au décours d'un événement indésirable grave [REDACTED] dont la mission n'a pas eu pu constater l'existence..</p> <p>Plus globalement, pour l'ensemble des EIG aucune mesure effective de mise en sécurité, information au Procureur de la République, communication aux familles, de consultation médicale n'ont été observés.</p> <p>Et ce, en dépit d'une injonction explicite de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre des mesures conservatoires garantissant la sécurité des victimes, de l'auteure et du groupe;</li> <li>• Effectuer les signalements au Procureur de la République;</li> <li>• Évaluer les conséquences physiques et psychologiques;</li> <li>• Assurer un suivi médical et psychologique adapté.</li> </ul> <p>En outre, l'établissement a toutefois entamé une démarche de gestion des risques et transmis à la mission ensemble de procédures le 13 juin 2025</p> |

| Sous-thème IGAS                  | Points de contrôle                                    | Observations ou commentaires   |
|----------------------------------|---|--|
|                                  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure gestion des espaces communs ;</li> <li>• Procédure de gestion des espaces d'intimité ;</li> <li>• Procédure vigilance des accompagnement quotidiens ;</li> <li>• Procédure facilitation de révélation des violences</li> <li>• Un document intitulé "Programme prévention violences sexuelles en IME" (non daté non signé) a été transmis à la mission le 13 juin 2025</li> </ul> <p>Les procédures transmises ne garantissent pas une prise en charge médicale immédiate, une bonne coordination entre professionnels, ni un suivi rigoureux. De plus, elles omettent de préciser la traçabilité, les modalités d'information à l'enfant et de dépôt de plainte, ce qui limite leur efficacité opérationnelle</p> <p><b>Écart 10 :</b> En ne garantissant pas systématiquement le respect de la dignité et de l'intimité des personnes accompagnées, ni en facilitant l'accès à une consultation médicale et au dépôt de plainte ou signalement, l'établissement viole les articles L. 311-3-1°, L. 226-4 et L. 222-5 du CASF, l'article 375 du Code civil, ainsi que les obligations pénales de signalement prévues par l'article 434-3 du Code pénal, qui sanctionne le non-signalement de maltraitance, et l'article 226-14, qui déroge au secret professionnel en cas de danger pour la victime.</p> |
| 1.3.<br>Gestion de la<br>qualité | <b>1.3.5. <u>La vie affective<br/>et sexuelle</u></b> | Sur la base des entretiens menés lors de l'inspection et des documents reçus, peu d'actions sont menées sur la thématique de la vie affective et sexuelle et de la prévention des violences dont sexuelles par la structure auprès des professionnels et des enfants accueillis. Toutefois au regard des derniers événements l'établissement a commencé à structurer un plan d'action sur cette thématique (cf point 1.3.6 ; 1.3.2 ; 1.4.2)  |

| Sous-thème IGAS | Points de contrôle            | Observations ou commentaires   |
|-----------------|-------------------------------|--|
|                 | 1.3.6. <u>La maltraitance</u> | <p>Par ailleurs, la mission a pris connaissance d'autres incidents signalés en interne et <b>une hétérogénéité des pratiques</b> concernant gestion des troubles du comportement et des crises :</p> <p>Plus globalement, la prise en charge laisse entrevoir un <b>défaut de soins et une prise en charge éducative insuffisante</b> de jeunes présentant des troubles qui s'aggravent dans le contexte actuel de leur accompagnement.</p> <p><b>Écart 11 :</b> L'établissement ne respecte pas les dispositions de l'ordonnance n° 2022-140 du 7 février 2022, qui a instauré l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).</p> |

## 1.4. Les outils de la loi 2002-2 et les affichages

| Sous-thème IGAS            | Points de contrôle   | Observations ou commentaires   |
|----------------------------|--|--|
| 1.4. Gestion de la qualité | <b>1.4.1. <u>Le projet d'établissement et le plan bleu</u></b> | <p>Le projet d'établissement mis à jour en 2024 a été transmis à la mission. Il n'a pas été présenté aux instances représentatives. Il n'est ni affiché dans l'établissement ni mis à disposition à l'accueil. Il doit encore évoluer en 2026. Le projet d'établissement est incomplet et n'est pas personnalisé à l'IME</p> <p>Les éléments suivants sont absents ou insuffisamment détaillés</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La lutte contre la maltraitance ;</li><li>• La gestion et la prévention des violences sexuelles ;</li><li>• Le suivi des EIG ;</li><li>• La scolarisation des jeunes ;</li><li>• La gestion de crise (le plan bleu)</li></ul> <p><b>Écart 12 :</b> Faute de complétude suffisante, de présentation aux instances et de diffusion au sein de l'établissement, le projet d'établissement n'est pas conforme aux articles L311-8, D312-28, D312-82 et D311-38-4 du CASF</p> <p>Le Plan Bleu, élaboré en 2024, a été transmis à la mission. Il a été rédigé exclusivement par [REDACTED] sans consultation des instances représentatives.</p> <p>La mission relève les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les modalités de clôture de la cellule de crise ne sont pas clairement définies ;</li><li>• La procédure d'alerte et de signalement des événements indésirables graves (E.I.G. et EIGAS), ainsi que celle applicable en cas de situations exceptionnelles ou dramatiques, n'est pas mentionnée dans le plan ;</li><li>• Le plan ne précise pas si l'établissement a déjà été confronté à un risque naturel, industriel, ou à tout autre type d'E.I.G. ou crise ;</li></ul> <p>Enfin, aucun retour d'expérience formalisé et diffusé auprès du personnel à la suite de la gestion d'une crise n'est prévu.</p> <p><b>Écart 13 :</b> L'absence de consultation du représentant du personnel ou du CVS sur le plan mentionné au second alinéa de l'article L.311-8, intitulé "Plan bleu", contrevient à l'article R311-38-1 (III) du CASF</p> |

|                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
|                              | <p><b><u>1.4.2 Le règlement de fonctionnement</u></b></p> | <p>Le règlement de fonctionnement mis à jour en 2024 transmis à la mission n'est ni affiché, ni connu des professionnels. Il est incomplet concernant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la lutte contre violences sexuelles ou tout autres formes de violences et les maltraitances ;</li> <li>• les mesures relatives à la sûreté des biens et des personnes ;</li> <li>• l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux ainsi que les conditions générales d'accès de manière à assurer l'intimité, la sécurité des jeunes accueillis</li> </ul> <p><b>Écart 14 :</b> Le règlement de fonctionnement contrevient aux articles L311-7, L311-4 al 3, D312-82, R311-34 et suivants du CASF.</p>   |
| 1.2. Management et Stratégie | <p><b>1.4.2. <u>Les affichages</u></b></p>                | <p>Le planning des astreintes n'est pas affiché et sa procédure ne permet pas d'identifier clairement les rôles de chacun.<br/>Bien qu'il soit affiché, l'organigramme n'est pas mis à jour.</p> <p><b>Écart 15 :</b> En l'absence de mise à jour de l'organigramme, l'établissement ne permet pas d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de la Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.</p> <p>Les outils de la loi 2002-2 (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, charte des droits et libertés) ainsi que les numéros d'écoute (3977, 119, ALMA) ne sont pas affichés au sein de l'établissement.<br/>D'autant plus, le peu d'affichage existant sont situés au niveau des bureaux de la direction non accessibles directement par les jeunes.</p>  <p>La mission n'a de plus pas retrouvé de mention (affichage - édition) de la circulaire de 2021 CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. <a href="https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220">https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220</a>; cette circulaire ne semble pas être connue de la structure.</p> |

**Écart 16 : En affichant pas les documents obligatoires et les numéros d'écoute, l'établissement contrevient aux articles R311-34, L311-4, L226-8 du CASF**

## 2. Fonctions support

### 2.1. Gestion des ressources humaines

| Sous-thème IGAS<br>2.1.<br>Gestion des ressources humaines | Points de contrôle  | Observations ou commentaires   |
|--|---|--|
|  | <b>2.1.1. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u></b> | <p>Les dossiers administratifs consultés sur site étaient pour la plupart incomplets.</p> <p>Sur la trentaine de dossiers transmis : la mission relève dans la majorité des dossiers l'absence de fiches de poste et de tâches, d'attestations de formations, casiers judiciaires, d'évaluation annuelle.</p> <p><b>Écart 17 :</b> L'incomplétude des dossiers administratifs des professionnels ne permet pas de garantir que les prestations soient réalisées par une équipe pluridisciplinaire qualifiée comme prévu aux articles D312-26, D312-81 et D312-97 du CASF</p>   |
| 2.1.<br>Gestion des ressources humaines                    | <b>2.1.2. <u>Les plannings des professionnels</u></b>               | <p>La mission a été destinataire du planning de la semaine et des plannings des semaines du 15.01.2025 au 01.06.2025 pour l'IME JCC et l'ITEP Paolo Frère.</p> <p>La mission a relevé plusieurs points concernant le planning de la semaine du 19 au 25 mai 2025 (mis à jour le 20 mai 2025)</p> <p>[REDACTED]</p> <p>De plus, la mission a constaté d'autres éléments tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la non-identification des postes de chacun sur le planning ;</li><li>• l'absence de légende ;</li><li>• l'absence de distinction entre les personnels permanents et les personnels vacataires ou intérimaires.</li></ul> <p><b>La surveillance des enfants et des jeunes au sein de l'établissement durant la nuit est assurée par [REDACTED]</b><br/>[REDACTED] La direction justifie cette organisation par des considérations budgétaires. Selon les entretiens réalisés un audit qualité de ce process est prévu, [REDACTED]</p> |

## 2.2. Sécurités

| Sous-thème IGAS<br>2.5. Sécurités | Points de contrôle  | Observations ou commentaires  |
|-----------------------------------|---|---|
|                                   | <b>2.2.1. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u></b> | <p>Les DASRI en lien avec les activités de soins sont stockés dans un local (aveugle) situé dans le poste de soins/infirmérie. Sur la porte de ce local est apposée une impression papier de la responsable qualité, datant de 2021. Le message mentionne l'existence d'un protocole déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) ; non remis à la mission ; mais qui figure aussi sur la porte de ce local (une page). La société en charge des DASRI est [REDACTED]</p> <p>Le suivi est assuré par la responsable qualité au siège.</p> <p>Les DASRI issus des soins infirmiers sont stockés dans des conteneurs de couleur jaune requis pour cette activité.</p> |
| 2.5. Sécurités                    | <b>2.2.2. <u>Les vaccinations des usagers</u></b>                               | <p>Des informations sur la vaccination des enfants/jeunes quand elles sont disponibles/transmises – (carnet de santé) figurent dans le dossier médical en version papier. Un classeur avec les carnets de santé a été mis en place, et est géré par [REDACTED]. L'état de la vaccination ne figure pas (après vérification) dans le dossier médical sous [REDACTED]. Le dossier médical de l'un des enfants est manquant, dont le carnet de santé, ceci depuis son admission.</p> <p>La mission d'inspection a pu constater que les différents webinaires d'information et outils de l'ARS sur le sujet de la vaccination HPV ne sont pas connu de l'établissement.</p>         |
|                                   | <b>2.2.3. <u>L'identito-vigilance</u></b>                                       | <p>L'identitovigilance est effective pour les six enfants accueillis, notamment dans le dossier informatisé [REDACTED] : photographie récente de chaque enfant.</p> <p>L'identité de chaque enfant est aussi mentionnée sur les documents utilisés pour la dispensation des médicaments (pas de photo par contre).</p> <p>Un trombinoscope des 6 enfants / jeunes est affiché aussi à l'entrée de la structure avec les photos des enfants/jeunes</p>   |

## 2.3. Champ thérapeutique : les moyens pour la prise en soin

| Sous-thème IGAS            | Points de contrôle   | Observations et Constats |
|----------------------------|--|--------------------------|
| 3.8<br>Champ thérapeutique | <p><b>2.3.1. <u>Le cabinet médical et l'infirmérie</u></b></p> <p>L'IME ne dispose pas de cabinet médical. Cependant, l'IME dispose d'une salle de téléconsultations, qui permet si de besoin une consultation de médecine générale à distance. Elle est utilisée en cas de besoin de renouvellement des ordonnances. Si de besoin, en cas de venue sur site, le médecin pourrait disposer de l'une des trois salles d'activité, notamment la salle de psychomotricité. L'IME dispose d'un local de soins/infirmérie dédié aux soins infirmiers, et à la gestion des médicaments.</p> <p>Dans le poste de soins est positionné le chariot de distribution des médicaments, qui sert aussi de réserves de médicaments (pour les médicaments en cas de si besoins).</p>  <p>L'accès au local infirmier est sécurisé, par une serrure ; les clefs étant sous la responsabilité de [REDACTED]<br/> L'accès aux médicaments est sécurisée également ; ces derniers étant stockés dans un chariot avec serrure<br/> L'accès au local infirmier est sécurisé, par une serrure ; les clefs étant sous la responsabilité de [REDACTED]. L'accès aux médicaments est sécurisé également ; ces derniers étant stockés dans un chariot avec serrure.</p> |                          |
| 3.8<br>Champ thérapeutique | <p><b>2.3.2. <u>Les prescriptions médicales</u></b></p> <p>Les prescriptions médicamenteuses sont essentiellement effectuées par des Pédopsychiatres externes à la structure ; les renouvellements sont effectués par ces professionnels soit de visu soit en téléconsultation .</p> <p>Une retranscription partielle des ordonnances dans le logiciel [REDACTED] est effectuée par [REDACTED]<br/> [REDACTED] a en charge le suivi des dates des ordonnances, afin d'anticiper leur renouvellement.</p>   |                          |

| Sous-thème<br>IGAS            | Points de contrôle   | Observations et Constats   |
|-------------------------------|--|--|
| 3.8<br>Champ<br>thérapeutique | <p><b>2.3.3. <u>Matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration</u></b></p> |  <p>Un sac contenant un obus d'oxygène est stocké dans l'armoire des dossiers médicaux en version papier ; dans un espace encombré d'autres dispositifs.</p> <p>Il peu accessible pour les professionnels ; non formés par ailleurs en dehors de [REDACTED] à son utilisation.</p> <p>Une procédure existe cependant décrivant les étapes pour l'utilisation du saturaomètre et de la mise en place d'une oxygénothérapie. Seule [REDACTED] a accès à ce matériel.</p> <p>[REDACTED]</p> |

| Sous-thème<br>IGAS | Points de contrôle   | Observations et Constats  |
|--------------------|--|---|
|                    |  |    |
|                    | <b>2.3.4. <u>Les procédures et protocoles de soins</u></b> | <p>Un protocole de soins intitulé PROTOCOLE DE GESTION DES URGENCES a été transmis ; il est daté du 02/09/2024 mais non signé. Il concerne/s'applique à [REDACTED] et aux autres professionnels présents lors de la situation d'urgence : [REDACTED]<br/> [REDACTED], ... Il décrit la conduite à tenir d'un certain nombre de situations pouvant survenir en urgence : vomissements – crise d'asthme- crise d'épilepsie (inaugurale ou à répétition) – contusion - malaise- section d'un doigt partielle ou totale – pleurs dyspéniq agitation. Contrairement à ce qui est mentionné, le protocole n'est pas affiché dans la structure. Il n'a pas été établi que les professionnels concernés aient été tous formés à la gestion de ces situations cliniques urgentes.</p> <p>La structure a transmise un deuxième document rédigé en 2022 par le Gestionnaire La Mayotte, intitulé PROTOCOLES DE SOINS. Il décrit également des situations cliniques urgentes pouvant survenir dans la structure, avec une consigne à tenir et un protocole médicamenteux de prise en charge (si de besoin).</p> <p>D'une manière générale, la conduite à tenir des différentes situations cliniques est incomplète et ne mentionne pas les gestes à envisager par type de professionnel pour une situation donnée (gestes différents pour un éducateur AS ou une IDE) ; en conséquence les responsabilités de chaque professionnel dans la gestion des situations sont mal établies. La liste des situations cliniques potentielles est à compléter. Pour plus de précisions se référer au guide des 24 situations inhabituelles d'urgences médicales et ou chirurgicales <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/situations-durgence-un-guide-pour-les-professionnels-des-etablissements-medico-sociaux-handicap">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/situations-durgence-un-guide-pour-les-professionnels-des-etablissements-medico-sociaux-handicap</a>.</p> <p><b>Écart 18 :</b> En ne disposant pas d'une procédure de gestion des urgences effective et connue des personnels, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF</p> |

## 2.4. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

| Sous-thème IGAS            | Points de contrôle  | Observations ou commentaires   |
|----------------------------|---|--|
| 3.8<br>Champ thérapeutique | <p><b>2.4.1. <u>La procédure du circuit du médicament</u></b></p> | <p>Un protocole intitulé PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS, rédigé le 02/09/2024 a été remis à la mission. Il décrit les étapes suivantes du circuit du médicament : prescription- vérification de la livraison -préparation des piluliers - administration/aide à la prise - traçabilité de l'administration.</p> <p>Lors de la mission d'inspection, les informations suivantes ont été communiquées à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les piluliers sont préparés par [REDACTED] de l'IME, en lien avec celle de l'ITEP situé sur le même site ; une double vérification est ainsi effectuée chaque semaine. [REDACTED] en poste s'appuie sur la dernière ordonnance valide pour chaque enfant/jeune;</li> <li>Une identitovigilance est mise en place par [REDACTED] en cas de délivrance de médicaments hors pilulier.</li> <li>L'administration des médicaments par [REDACTED] se fait en s'appuyant sur l'ordonnance et les piluliers préparés pour la semaine.</li> </ul> <p>La délégation des médicaments notamment aux éducateurs est possible selon les termes du protocole qui mentionne "<i>Lorsque l'infirmier n'est pas présent (soir, coucher, séjours...) l'éducateur donne les médicaments (cas où le mode de prise compte-tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficulté particulière ni ne nécessite un apprentissage)</i>"</p> <p>Par délégation, l'administration effectuée par [REDACTED] ne se fait pas en s'appuyant sur l'ordonnance, [REDACTED], ceci malgré la mise en place d'une <i>fiche individuelle de traçabilité de l'administration des traitements</i>. Afin d'éviter de nouvelles erreurs, notamment lors de la délégation [REDACTED] a élaboré un nouveau formulaire de traçabilité, qui comprend la rephotographie (photo) de chaque type molécule sous blister. La mise en place de ce nouveau formulaire a fait l'objet d'une formation pour les professionnels concernés. Récemment mis en place dans l'IME au jour de la visite d'inspection ; [REDACTED] a d'ores et déjà constaté une amélioration et moins d'erreurs lors de l'administration.</p> <p>A noter, ce protocole mentionne une convention avec [REDACTED] alors qu'à ce jour c'est une convention est signée avec [REDACTED]. Le protocole n'est ni daté ni signé.</p> <p>Les autres documents communiqués à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inventaire et contrôle des armoires a pharmacie et des trousse de secours.</li> <li>Conservation des médicaments après ouverture</li> <li>Fiche individuelle de traçabilité de l'administration des traitements</li> <li>Préparation des médicaments : bonne pratiques et Hygiène</li> <li>Protocole de gestion des traitements sensibles</li> </ul> <p><b>Écart 19 : En ne disposant pas de protocoles de soins relatif à l'aide à la prise des médicaments, l'établissement ne sécurise pas le fait que les personnes en charge de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. Cela contrevient aux dispositions de l'article L313-26 du CASF.</b></p> |

#### 2.4.2. Communication avec la pharmacie

(signée en mars 2024) pour une durée de 1 an), qui acte la livraison des traitements nominatifs en cours ; mais aussi des médicaments du stock tampon (ou de si besoin) des médicaments et la dotation pour soins urgents. La pharmacie ne réalise pas de prestation de PDA.

Aucune anomalie de date de péremption n'a été observée par la mission.

## 2.5. Écarts et remarques

- Écart 1 : En ne disposant pas de locaux en nombre suffisant et de dimensions adaptées à l'ensemble des activités, l'établissement contrevient aux articles D312-27, D312-82 et D312-97 du CASF. 11
- Écart 2 : En ne permettant pas une scolarité adaptée aux besoins des jeunes, l'établissement contrevient aux articles suivants D312.155.0, L311-3 3° D9312-152-2 Annexe 2-3-1, D351-9, D351-3 du casf 12
- Écart 3 : L'établissement ne propose pas une offre d'activités suffisamment diversifiée, ce qui limite la prise en charge adaptée et l'autonomie des usagers, en contradiction avec les exigences des articles L312-12 et L312-20 du CASF. 13
- Écart 4 : En ne disposant pas pour chaque personne accompagnée d'un projet personnalisé complet, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 et D312-19 / D312-65 / D312-87 du CASF. 13
- Écart 5 : En ne disposant pas d'un DLU à jour et facilement accessible pour l'ensemble des jeunes accueillis, l'établissement ne permet pas une transmission efficace des informations nécessaires dans la continuité des soins en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L1110-1 du CSP 14
- Écart 6 : Au regard des multiples dysfonctionnements managériaux et de coordination, la direction ne parvient pas à instaurer un cadre stable et sécurisant. Cette situation compromet la capacité de l'établissement à répondre efficacement aux besoins des jeunes, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles, qui garantit notamment le respect de la dignité, de la sécurité et du bien-être des personnes accompagnées. 16

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| <u>Écart 7 :</u>  | En ne disposant pas d'une convention passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-7 / D312-66 / D32-88 du CASF.   | 16 |
| <u>Écart 8 :</u>  | En ne disposant pas d'un médecin et/ou d'un pédiatre, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-21 du CASF.  | 16 |
| <u>Écart 9 :</u>  | Le suivi, l'analyse et la remontée des événements indésirables ne sont pas formalisés systématiquement, en non-conformité avec le R.331-8 CASF, le R1413-69 CSP   | 18 |
| <u>Écart 10 :</u> | En ne garantissant pas systématiquement le respect de la dignité et de l'intimité des personnes accompagnées, ni en facilitant l'accès à une consultation médicale et au dépôt de plainte ou signalement, l'établissement viole les articles L. 311-3-1°, L. 226-4 et L. 222-5 du CASF, l'article 375 du Code civil, ainsi que les obligations pénales de signalement prévues par l'article 434-3 du Code pénal, qui sanctionne le non-signalement de maltraitance, et l'article 226-14, qui déroge au secret professionnel en cas de danger pour la victime. | 20 |
| <u>Écart 11 :</u> | L'établissement ne respecte pas les dispositions de l'ordonnance n° 2022-140 du 7 février 2022, qui a instauré l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).   | 21 |
| <u>Écart 12 :</u> | Faute de complétude suffisante, de présentation aux instances et de diffusion au sein de l'établissement, le projet d'établissement n'est pas conforme aux articles L311-8, D312-28, D312-82 et D311-38-4 du CASF   | 22 |
| <u>Écart 13 :</u> | L'absence de consultation du représentant du personnel ou du CVS sur le plan mentionné au second alinéa de l'article L.311-8, intitulé " Plan bleu ", contrevient à l'article R311-38-1 (III) du CASF   | 22 |
| <u>Écart 14 :</u> | Le règlement de fonctionnement contrevient aux articles L311-7, L311-4 al 3, D312-82, R311-34 et suivants du CASF.  | 23 |
| <u>Écart 15 :</u> | En l'absence de mise à jour de l'organigramme, l'établissement ne permet pas d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de la Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004relative à la mise en place du livret d'accueil.  | 23 |
| <u>Écart 16 :</u> | En affichant pas les documents obligatoires et les numéros d'écoute, l'établissement contrevient aux articles R311-34, L311-4, L226-8 du CASF   | 24 |
| <u>Écart 17 :</u> | L'incomplétude des dossiers administratifs des professionnels ne permet pas de garantir que les prestations soient réalisées par une équipe pluridisciplinaire qualifiée comme prévu aux articles D312-26, D312-81 et D312-97 du CASF   | 25 |
| <u>Écart 18 :</u> | En ne disposant pas d'une procédure de gestion des urgences effective et connu des personnels, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF  | 29 |
| <u>Écart 19 :</u> | En ne disposant pas de protocoles de soins relatif à l'aide à la prise des médicaments, l'établissement ne sécurise pas le fait que les personnes en charge de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la pris. Cela contrevient aux dispositions de l'article L313-26 du CASF.   | 30 |

### 3. Conclusion

Au regard des éléments écrits portés à la connaissance de la mission et des constats établis dans le cadre du contrôle sur place réalisé le 20 mai 2025, de nombreux manquements ont été relevés, tant sur le plan réglementaire qu'organisationnel et éthique. Ce contrôle fait suite à une lettre d'injonction d'intention en date du 28 mai, puis à une première lettre d'injonction définitive du 6 juin.

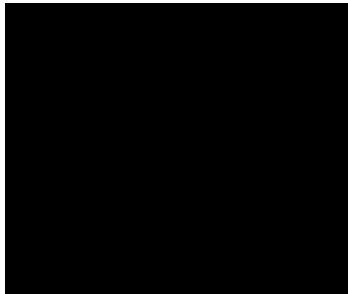
Les écarts constatés touchent à des domaines essentiels à la protection et à l'accompagnement des usagers :

- Des atteintes graves à la sécurité, à la santé, à la dignité et aux droits fondamentaux des enfants accueillis ;
- Des carences en matière d'organisation interne, de gouvernance, de pilotage managérial et de continuité des soins ;
- Une inadéquation entre les moyens mobilisés (locaux, projets, personnels soignants) et les besoins réels des jeunes, compromettant la qualité de la prise en charge;
- Des non-conformités réglementaires persistantes dans la gestion des documents, la formalisation des projets, l'affichage obligatoire, ou encore la consultation des instances représentatives.

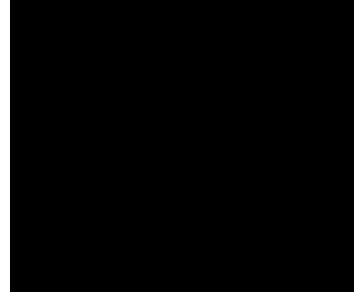
En dépit de ces constats préoccupants, la mission a également noté la transparence de la direction dans le cadre de la mission d'inspection, l'engagement de certains professionnels et la volonté exprimée sur le terrain d'améliorer les pratiques. Cette dynamique doit désormais être pleinement soutenue par une stratégie correctrice claire, structurée et priorisée, portée par la direction et le gestionnaire.

Saint Denis, le 30 juin 2025

[REDACTED]  
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale



[REDACTED]  
Médecin inspecteur de santé publique



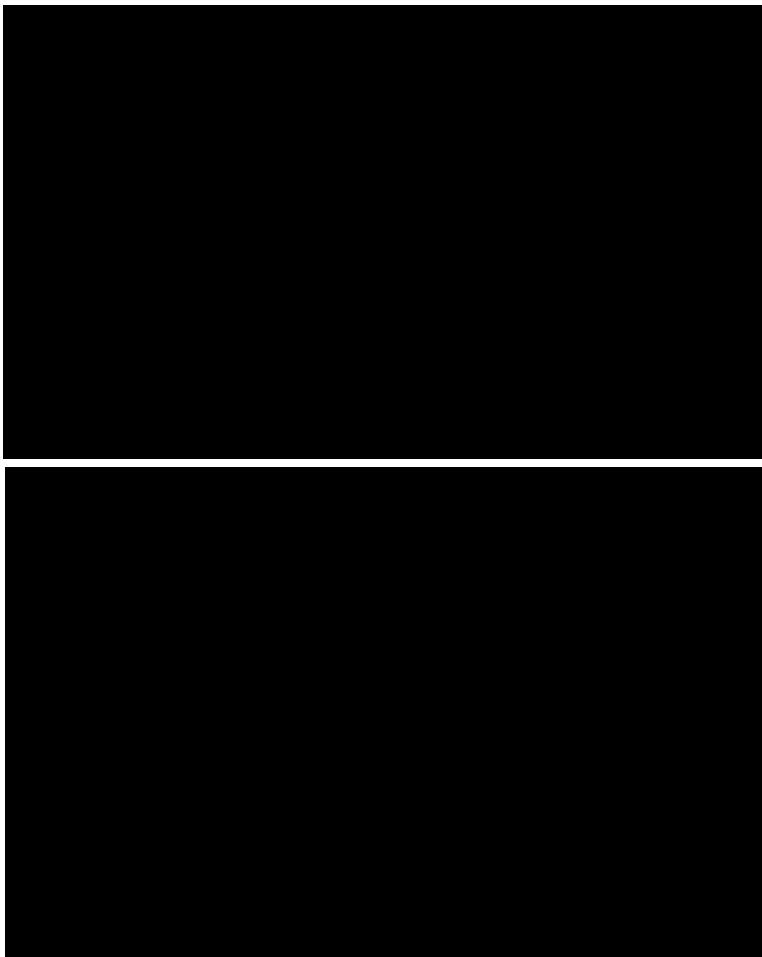
## 4. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

|                |  |
|----------------|--|
| <b>AES</b>     | Accompagnant éducatif et social  |
| <b>AFGSU</b>   | Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence   |
| <b>AMP</b>     | Aide médico-psychologique  |
| <b>ANAP</b>    | Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux                    |
| <b>ANESM</b>   | Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux |
| <b>ARS</b>     | Agence régionale de santé  |
| <b>ARS IDF</b> | Agence régionale de santé Ile-de-France  |
| <b>AVS</b>     | Auxiliaires de vie sociale   |
| <b>CAFS</b>    | Centre d'accueil familial spécialisé   |
| <b>CAPPEI</b>  | Certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive                               |
| <b>CASF</b>    | Code de l'action sociale et des familles   |
| <b>CD</b>      | Chirurgien-dentiste  |
| <b>CDAPH</b>   | Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées  |
| <b>CDD</b>     | Contrat à durée déterminée   |
| <b>CDI</b>     | Contrat à durée indéterminée   |
| <b>CDS</b>     | Contrat de séjour  |
| <b>CNIL</b>    | Commission nationale Informatique et Libertés  |
| <b>CNR</b>     | Crédits non reconductibles   |
| <b>CNO</b>     | Complément nutritif oral   |
| <b>CODIR</b>   | Comité de direction  |
| <b>COMEX</b>   | Comité exécutif  |
| <b>COPIL</b>   | Comité de pilotage   |
| <b>CPAM</b>    | Caisse primaire d'assurance maladie  |
| <b>CPOM</b>    | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens   |
| <b>CRAIF</b>   | Centre de ressources autisme Île-de-France   |
| <b>CREX</b>    | Comité de retour d'expérience  |
| <b>CRPA</b>    | Code des relations entre le public et l'administration   |
| <b>CSP</b>     | Code de la santé publique  |
| <b>CVS</b>     | Conseil de la vie sociale  |
| <b>AVS</b>     | Auxiliaire de vie sociale  |
| <b>DAE</b>     | Défibrillateur automatique externe   |
| <b>DASRI</b>   | Déchet d'activité de soins à risques infectieux  |
| <b>DEAS</b>    | Diplôme d'Etat d'aide soignant   |
| <b>DI</b>      | Déficience intellectuelle  |
| <b>DIPC</b>    | Document individuel de prise en charge   |
| <b>DLU</b>     | Dossier de liaison d'urgence   |
| <b>DM</b>      | Dispositifs médicaux   |
| <b>DUD</b>     | Document unique de délégation  |
| <b>DUERP</b>   | Document unique d'évaluation des risques professionnels  |
| <b>EAM</b>     | Etablissement d'accueil médicalisé   |
| <b>EAPA</b>    | Éducateur en activité physique adaptée (ou éducateur médico-sportif)                                       |
| <b>EI</b>      | Evénement indésirable  |
| <b>EIGS</b>    | Événement indésirable grave lié aux soins  |
| <b>ERP</b>     | Etablissement recevant du public   |
| <b>ES</b>      | Educateur spécialisé   |

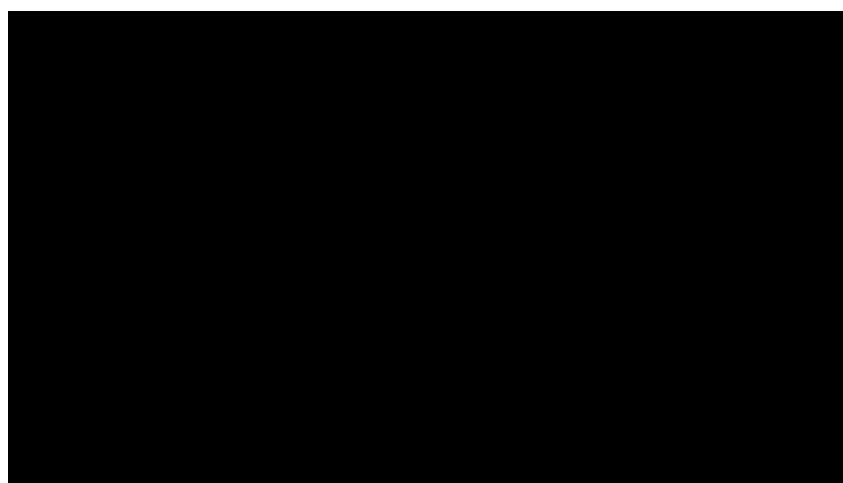
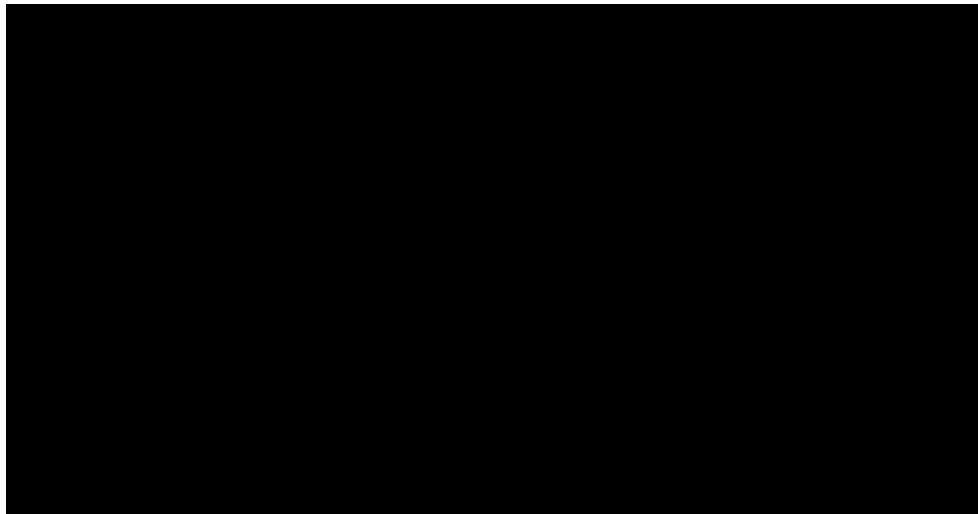
|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ESSMS</b>    | Etablissements et services sociaux et médico-sociaux                                    |
| <b>ESSMS PH</b> | Etablissements et services sociaux et médico-sociaux - personnes handicapées            |
| <b>ESSMSPH</b>  | Etablissements et services sociaux et médico-sociaux - personnes handicapées            |
| <b>ETP</b>      | Equivalent temps plein  |
| <b>GOS</b>      | Groupe opérationnel de synthèse   |
| <b>HAD</b>      | Hospitalisation à domicile  |
| <b>HAS</b>      | Haute Autorité de Santé   |
| <b>HCSP</b>     | Haut-comité de santé publique   |
| <b>IDE</b>      | Infirmier diplômé d'État  |
| <b>IDEC</b>     | Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur  |
| <b>IDF</b>      | Ile-de-France   |
| <b>IEM</b>      | Institut d'éducation motrice  |
| <b>IMC</b>      | Indice de masse corporelle  |
| <b>IME</b>      | Institut médico-éducatif  |
| <b>IRP</b>      | Instances représentatives du personnel  |
| <b>MDPH</b>     | Maison départementale des personnes handicapées   |
| <b>ME</b>       | Moniteur éducateur  |
| <b>MPR</b>      | Médecine physique et de réadaptation  |
| <b>OMéDIT</b>   | Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique |
| <b>ONIC</b>     | Orientation nationale d'inspection contrôle   |
| <b>ORL</b>      | Otorhinolaryngologue  |
| <b>PACQ</b>     | Plan d'amélioration continue de la qualité  |
| <b>PACQSS</b>   | Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins              |
| <b>PAG</b>      | Plan d'accompagnement global  |
| <b>PDA</b>      | Préparation des doses à administrer   |
| <b>PE</b>       | Projet d'établissement  |
| <b>PEC</b>      | Prise en charge   |
| <b>PECM</b>     | Prise en charge médicamenteuse  |
| <b>PH</b>       | Personne porteuse d'un handicap   |
| <b>PIA</b>      | Projet individualisé d'accompagnement   |
| <b>PMR</b>      | Personnes à mobilité réduite  |
| <b>PRIC</b>     | Programme régional d'inspection et de contrôle  |
| <b>PUI</b>      | Pharmacie à usage intérieur   |
| <b>RBPP</b>     | Recommandations de bonnes pratiques professionnelles                                    |
| <b>RDF/RF</b>   | Règlement de fonctionnement   |
| <b>RH</b>       | Ressources humaines   |
| <b>SESSAD</b>   | Service d'éducation spéciale et de soins à domicile                                     |
| <b>SIPFP</b>    | Section d'initiation et de première formation professionnelle                           |
| <b>SSE</b>      | Situations sanitaires exceptionnelles   |

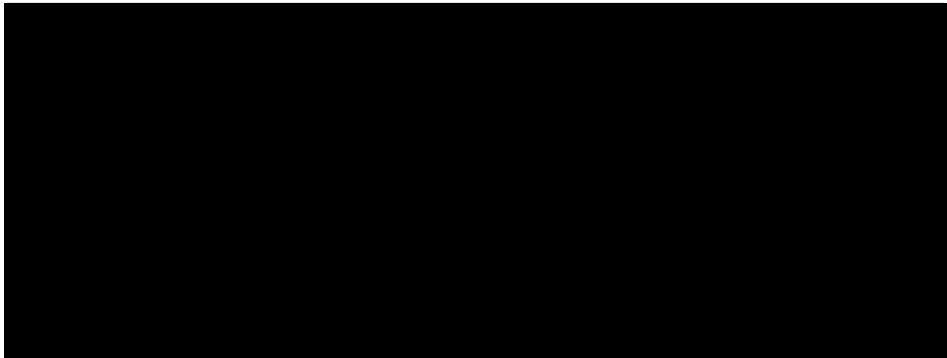
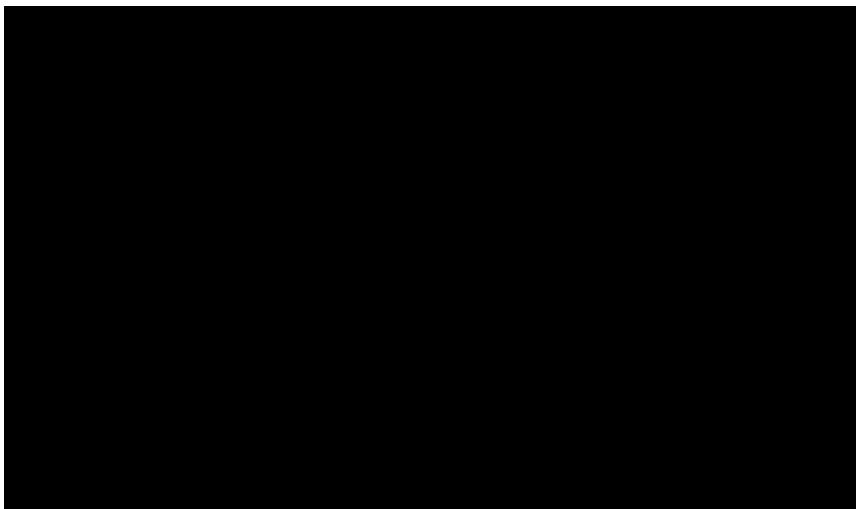
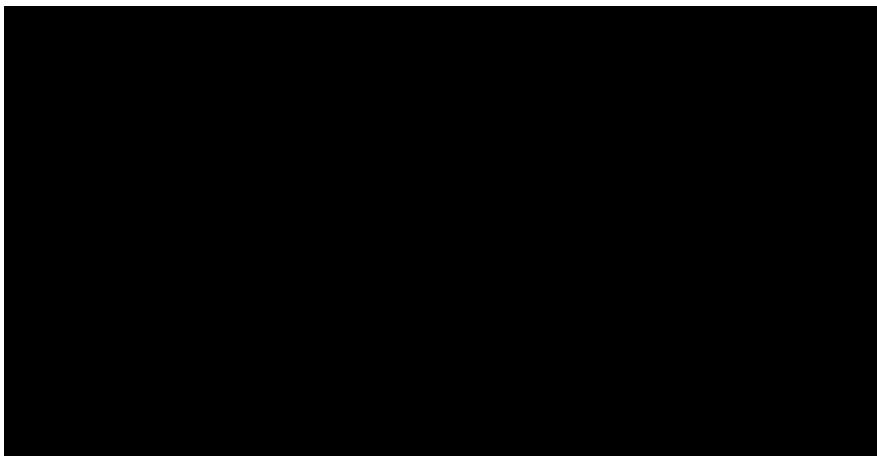
## **5. Annexes**

### **Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle**

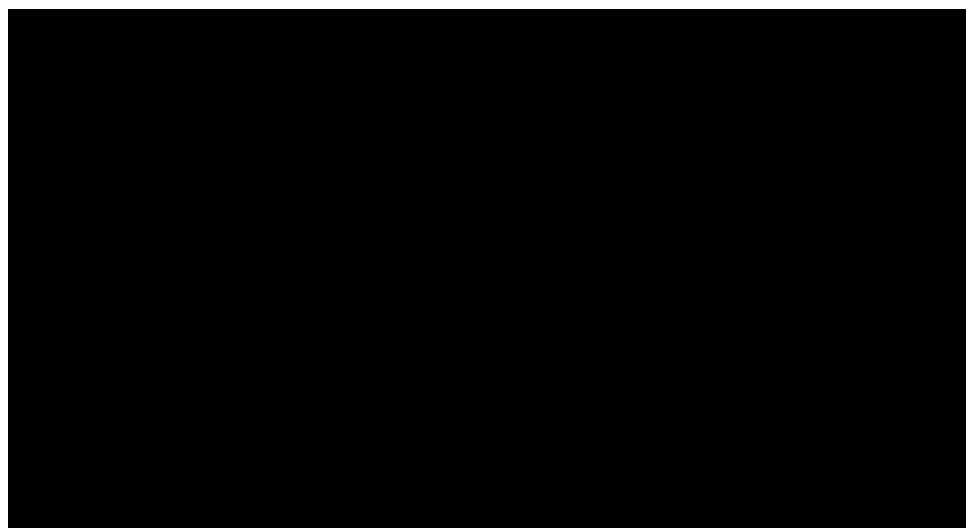


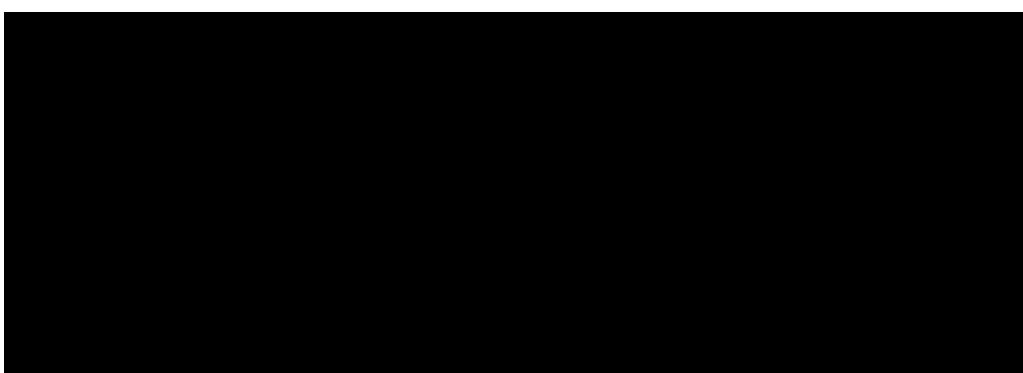
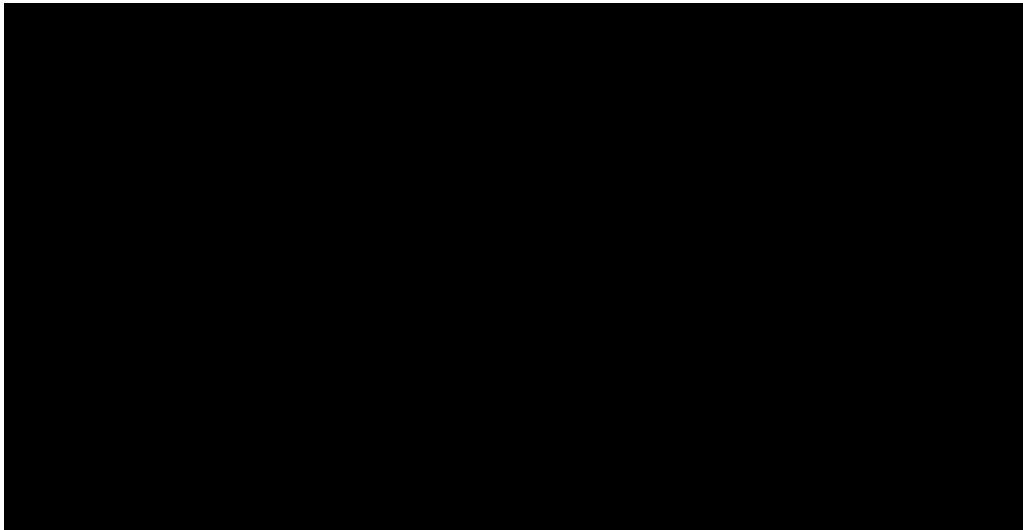
## **Annexe 2 Lettre d'injonction d'intention du 28 mai 2025**





### **Annexe 3 Lettre d'injonction définitive du 6 juin 2025**





**Annexe : Premières injonctions dans le cadre de l'inspection réalisée le 20 mai 2025 au sein de l'IME Jean Claude et Chapellier (n°FINESS ET ), à MARINES (95)**

| Thèmes   | Mesure envisagée   | Texte de référence   | Justificatif   | Délai de mise en œuvre |
|--|--|--|--|------------------------|
| I.1<br><br>Gouvernance - Garantir la sécurité de la victime, de l'auteure, du groupe d'adolescents | <ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer un signalement au Procureur de la République pour l'ensemble des événements indésirables graves (EIG) dont la mission a pris connaissance, en lien avec la suspicion de violences à l'encontre de mineurs, et informer systématiquement les victimes et les auteures présentes dans l'établissement des suites engagées, dans la mesure où leur état et leur capacité (handicap, âge, etc.) permettent de recevoir ces informations ;</li> <li>Réaliser systématiquement une évaluation des conséquences physiques et psychologiques pour les victimes et les auteures présentes au sein de votre établissement, en lien avec ces EIG. Cette évaluation doit être conduite par les professionnels de santé et psychologues de l'établissement, pour l'ensemble des événements mentionnés dans les courriers ;</li> <li>Veiller à ce que les soins nécessaires leur soient apportés au regard de ces évaluations, en planifiant les interventions adaptées.</li> </ul> | <p>Articles L. 226-4 du CASF, L 222-5 CASF et 375 Code civil</p> <p>Injonction maintenue</p> | <p>Transmettre à la mission pour <u>l'ensemble des EIG</u> (cf annexe) portés à la connaissance de la mission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>copie du signalement au Procureur de la République ;</li> <li>confirmation écrite que les victimes et les auteures présentes dans l'établissement ont été informées, dans un délai raisonnable, des suites engagées, en tenant compte de leur capacité à recevoir ces informations (âge, handicap, état psychologique, etc.). Merci d'indiquer la date, le mode (oral, écrit) et le contenu de cette information ;</li> <li>confirmation écrite que les référent ASE, les représentants légaux (si autorité parentale) et le juge des enfants ont également été informés des événements et des suites engagées. Merci d'indiquer la date, le mode (oral, écrit) et le contenu de cette information ;</li> <li>rapports d'évaluation médicale et psychologique ;</li> <li>planification des soins proposée.</li> </ul> | 15 jours               |

4/7

| Thèmes   | Mesure envisagée   | Texte de référence   | Justificatif   | Délai de mise en œuvre |
|--|--|--|--|------------------------|
| I.2<br><br>Gouvernance - Garantir la sécurité de la victime, de l'auteure, du groupe d'adolescents | Prendre des mesures conservatoires appropriées permettant de garantir la sécurité des victimes, de l'auteure et du groupe de jeunes.                         | <p>Articles L312-1 et L311-3</p> <p>Injonction maintenue</p>   | <p>Une plan d'action permettant la mise en œuvre d'espace d'intimité comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la matrice des facteurs de risque de récidives de violences sexuelles au sein de l'établissement et des zones à risques en termes de lieux et de temps;</li> <li>une organisation d'usage des pièces communs;</li> <li>la garantie de la présence physique continue des équipes éducatives;</li> <li>la facilitation des conditions de révélation auprès de la direction des faits de violences sexuelles et des situations de harcèlement sexuel dont les jeunes et les professionnels ont connaissance</li> </ul> | 15 jours               |
| I.3<br><br>Gouvernance - Gestion des risques   | L'établissement doit déclarer les EIG, s'assurer du suivi et contrôle de ces EIG et mettre à jour procédure à jour et prise en compte par les professionnels | <p>Articles L312-1 et L311-3<br/>L331-10 du CASF, arrêté du 28 décembre 2016, décret du 24 août 2016</p> <p>Injonction maintenue</p> | <p>Transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la copie des déclarations des EIG</li> <li>les plans d'actions et reflex</li> <li>la procédure actualisée de déclaration et de suivi des EIG ainsi que l'attestation de prise en compte et de compréhension par les salariés (via comptes-rendus de réunions ou processus internes).</li> </ul>  | immédiat               |
| I.4<br><br>Fonctions support – Gestion des ressources humaines                                     | L'établissement doit organiser des formations sur la vie affective et sexuelle, mettre en place des programmes de prévention contre les violences            | <p>Injonction maintenue<br/>L'Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007</p>   | <p>Transmettre à la mission le plan de formation ainsi que les attestations d'inscription de tous les professionnels intervenant dans la structure, incluant :</p>   | 15 jours               |

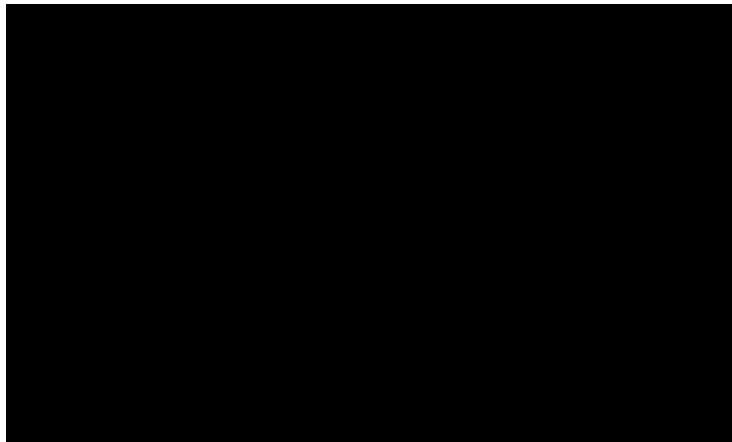
5/7

| Thèmes   | Mesure envisagée  | Texte de référence   | Justificatif   | Délai de mise en œuvre |
|--|---|--|--|------------------------|
|  | sexuelles, ainsi que des formations et sensibilisations contre la maltraitance.   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>des formations à la vie affective et sexuelle et des programmes de prévention des violences sexuelles;</li> <li>des formations et sensibilisations à la lutte contre la maltraitance.</li> </ul>  |                        |
| I.5<br><br>Prise en charge - Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie - PPA | L'établissement doit : <ul style="list-style-type: none"> <li>mettre à disposition et dans les dossiers l'ensemble des synthèses individuelles</li> <li>créer pour chaque enfant un projet personnalisé de scolarisation et d'accompagnement</li> <li>mettre en place des actions de suivi médicales structurées</li> <li>mettre en place un projet d'animation structuré et varié, intégrant des activités adaptées aux besoins des jeunes</li> <li>conventionner avec un professionnel de l'Education nationale</li> <li>rechercher si l'inclusion scolaire dans le milieu ordinaire est possible conformément aux besoins et aux compétences de l'enfant ou de l'adolescent</li> </ul> | <b>Injonction maintenue</b><br>Articles D312-155.0 et L311-3 <sup>e</sup><br>L1110-4<br>D312-159-2<br>Annexe 2-3-1 V<br>CASF<br>Articles D351-9,<br>D351-3 du CASF | Transmettre à la mission : <ul style="list-style-type: none"> <li>les dossiers des jeunes à jours comprenant :           <ul style="list-style-type: none"> <li>les synthèses éducatives, paramédicales et de soins concernant les six enfants accueillis depuis leur arrivée ;</li> <li>les projets personnalisés de scolarisation/ d'accompagnement individualisés/ de formation ;</li> </ul> </li> <li>des plannings d'activité de la semaine et des week-end structuré des 4 prochaines semaines. Ces plannings doivent être variés et adaptés aux besoins des jeunes ;</li> <li>la convention signée avec l'Education nationale.</li> </ul> | 15 jours               |
| I.6<br><br>Fonctions support - Gestion des ressources humaines                                   | L'établissement doit compléter les dossiers des salariés en s'assurant d'avoir l'ensemble des diplômes et des contrats de travail (ou conventions pour les libéraux) ainsi que leur inscription à l'ordre pour les professionnels qui en relèvent (dont l'IDE)  | <b>Injonction maintenue</b><br>Article L312-1<br>CASF  | Transmettre les dossiers salariés complets;  | 15 jours               |

| Thèmes  | Mesure envisagée   | Texte de référence                                 | Justificatif   | Délai de mise en œuvre |
|---|--|--|--|------------------------|
| I.7 Fonctions support – Gestion des ressources humaines | Rechercher activement le recrutement d'un médecin coordonnateur et le conventionnement avec des médecins traitants | <b>Injonction maintenue</b><br>Article L312-1 CASF | Fournir les justificatifs de la recherche en cours de médecin coordonnateur. | Immédiat               |

7/7

## **Annexe 4 La liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue**



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)