

Délégation départementale de Seine-et-Marne

**Plateforme du dispositif d'instituts thérapeutique éducatif et
pédagogique (DITEP) MOSAIQUES 77**
1 bis Rue Louis de Broglie – 77400 SAINT-THIBAUT-DES-VIGNES
N° FINESS 770018224

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2025_IDF_00058
Inspection sur place le 12 mars 2025

Mission conduite par :

✱ [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Accompagnée par :

✱ [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

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 disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.1.1. Le régime juridique de la structure	10
1.1.2. L'autorisation	10
1.1.3. La population accueillie	11
1.1.4. Le CPOM	12
1.2.Management et Stratégie	12
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	12
1.2.2. Le projet d'établissement (PE)	14
1.2.3. Le projet d'établissement : contenu	15
1.2.4. Le plan bleu	16
1.2.5. L'organigramme	18
1.2.6. Directeur : contrat et fiche de poste	18
1.2.7. Directeur : qualifications	19
1.2.8. Le remplacement de la direction	19
1.2.9. Les délégations au directeur d'ESSMS	19
1.2.10. Les CODIR / COMEX / COPIL	20
1.2.11. Les astreintes	20
1.2.12. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	21
1.2.13. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	21
1.2.14. Les conflits entre direction et salariés	21
1.2.15. Les affichages	22
1.3.Animation et fonctionnement des instances	23
1.3.1. Le Conseil de vie sociale (CVS)	23
1.3.2. Les enquêtes de satisfaction	25
1.4.Gestion de la qualité	26
1.4.1. Le responsable qualité	26
1.4.2. Les professionnels référents	26
1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	26
1.4.4. L'évaluation externe	27
1.4.5. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	27
1.4.6. Les sanctions corporelles	28
1.4.7. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	28
1.4.8. La bientraitance en pratique	30
1.4.9. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers et les professionnels	31
1.4.10. La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)	32
1.5.Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	33
1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	33
1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	34
1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	34
1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	35
2. Fonctions support	36
2.1.Gestion des ressources humaines	36
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	36
2.1.2. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure	36
2.1.3. Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure	37
2.1.4. L'inscription ordinaire pour les professions à ordre (médecin, IDE, kinésithérapeute, podologue)	37
2.1.5. Le taux d'absentéisme des professionnels	37
2.1.6. Le taux de rotation des professionnels	38
2.1.7. Les dossiers administratifs des professionnels	38
2.1.8. Le plan de formation des professionnels	40
2.1.9. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	41
2.1.10. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	42
2.1.11. L'organisation générale du planning des professionnels	42
2.1.12. Les plannings des professionnels	42
2.1.13. Analyse des plannings	43
2.1.14. Les fiches de poste des professionnels	43
2.1.15. Les glissements de tâches	43

2.2.Gestion d'information	44
2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP)	44
2.2.2. Le registre des présences quotidiennes	44
2.2.3. Le support et le contenu des dossiers des usagers	44
2.2.4. La traçabilité des interventions des professionnels de soins internes ou externes dans les dossiers médicaux et de soins	46
2.2.5. Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers	47
2.3.Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	47
2.3.1. L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)	47
2.4.Locaux et équipements	48
2.4.1. Locaux	48
2.4.2. La salle d'apaisement	48
2.4.3. Les chambres : mixité	48
2.4.4. Chambre : architecture	48
2.4.5. Les pièces d'eau	49
2.5.Sécurité	49
2.5.1. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	49
3. Prises en charge	51
3.1.Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	51
3.1.1. L'admission	51
L241-6 CASF (admissions)	51
3.1.2. Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)	52
3.1.3. Le livret d'accueil	52
3.1.4. Les médecins traitants	52
3.1.5. La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers	53
3.1.6. Les transmissions inter équipes	53
3.1.7. L'amendement Creton	53
3.1.8. La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie	53
3.1.9. Le service social	54
3.2.Les projets personnalisés d'accompagnements	55
3.2.1. Projet personnalisé d'accompagnement (PPA) ? :	55
3.3.Respect des droits des personnes	56
3.3.1. Les personnes qualifiées départementales	56
3.3.2. La personne de confiance des usagers	56
3.3.3. L'identification des usagers (identitovigilance)	57
3.4.Vie sociale et relationnelle	57
3.4.1. Relations avec les familles	57
3.4.2. Organisation de sortie extérieure	58
3.4.3. Vie relationnelle, affective et sexuelle	58
3.5.Vie quotidienne	58
3.5.1. Le transport des jeunes	58
3.6.L'hébergement, internat	59
3.6.1. L'internat	59
3.7.L'alimentation	60
3.7.1. Les salles de restauration	60
3.7.2. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	60
3.8.Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure	61
3.8.1. L'organisation du champ de l'éducation dans le projet d'établissement	61
3.8.2. L'organisation des activités éducatives	61
3.8.3. Articulation des équipes éducatives et pédagogiques	61
3.9.Champ de l'éducation : la scolarisation	62
3.9.1. L'intégration scolaire	62
3.9.2. La scolarisation en milieu ordinaire	62
3.9.3. La scolarisation en unités d'enseignement	62
3.9.4. Les projets personnalisés de scolarisation	63
3.9.5. Le Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco)	63
3.10. Champ de l'éducation : la formation professionnelle	63
3.10.1. Organisation des formations professionnelles	63
3.10.2. L'insertion professionnelle	64

3.11. Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	64
3.11.1. L'organisation des soins dans le projet d'établissement	64
3.11.2. Missions médicales	64
3.11.3. Le défibrillateur automatique externe (DAE)	66
3.11.4. Traitements médicaux administrés au sein de la structure	66
3.11.5. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	67
3.12. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	67
3.12.1. Les médicaments	67
4. Relations avec l'extérieur	70
4.1. Environnement	70
4.1.1. L'insertion de la structure dans la population locale	70
4.2. Coordination avec les autres secteurs	70
4.3. Écarts	73
4.4. Remarques	77
5. Conclusion	79
6. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	80
7. Annexes	82
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	82
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	85

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap dont les dispositifs d'instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (DITEP) dont la poursuite jusqu'en 2030 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné par l'ARS.

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

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

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

Court résumé de la qualité d'accueil de la mission par les professionnels du DITEP et difficultés rencontrées.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Présentation des écarts et remarques qui sont identifiés comme majeurs dans la prise en charge des usagers

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de la plateforme du dispositif d'instituts thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP) Mosaïques 77, situé au 1 bis rue Louis de Broglie à Saint-Thibault-des-Vignes (N°FINESS ET 77 001 822 4), dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur site le 12 mars 2025 de manière inopinée¹. Il a été réalisé par la délégation départementale de Seine-et-Marne pour l'ARS d'Ile-de-France.

L'équipe d'inspection² est composée de :

- ♣ [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- ♣ [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- ♣ [REDACTED] médecin-inspectrice de santé publique, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- ♣ [REDACTED] élève-inspectrice de l'action sanitaire et sociale, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;

L'équipe d'inspection est accompagnée de :

- ♣ [REDACTED] désignée personne qualifiée, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- ♣ [REDACTED] désignée personne qualifiée, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- ♣ [REDACTED] désignée personne qualifiée, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- ♣ [REDACTED] désigné personne qualifiée, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne ;
- ♣ [REDACTED] stagiaire, délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne.

¹ Sans annonce préalable à l'établissement

² Cf. la lettre de mission en annexe 1.

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

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

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

Présentation de l'établissement inspecté :

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	UGEAM Ile-de-France
Adresse de l'organisme :	4 Place du Général de Gaulle
Code postal et Ville :	93100 MONTREUIL

Coordonnées de la structure :	
Nom de la structure	DITEP Mosaïques 77
Adresse :	1 bis rue Louis de Broglie
Code postal et Ville :	77400 SAINT-THIBAUT-DES-VIGNES

Type de structure			
Type d'établissement / service :	Etablissement et service médico-social fonctionnant en plateforme		
Date d'autorisation :	28 octobre 2019		
Raison sociale :	ESMS 77 MOSAIQUES		
Numéro FINESS :	Géographique :	77 001 822 4	Juridique : 93 002 734 7
Statut juridique de l'entité juridique	Régime Général de Sécurité Sociale		
Mode de tarification :	Dotation globalisée commune		
Présence d'une PUI ³ :	NON		

³ PUI : Pharmacie à usage intérieur

Le DITEP dispose d'une autorisation pour l'accompagnement d'enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages, âgés de 0 à 20 ans. Cette autorisation est régie par les articles D312-0-3 I 4° et D.312-59-1 à D.312-59-17 du CASF.

Le DITEP est autorisé pour [REDACTED] en toutes modalités d'accueil et d'accompagnement pour des usagers de 0 à 20 ans :

Au jour de l'inspection, la file active du DITEP est de [REDACTED] jeunes et adolescents.

Les documents transmis ne permettent pas d'établir une répartition des jeunes par modalités d'accompagnement pour l'ensemble du DITEP. Ces données ne sont disponibles que pour le site de Saint-Thibault (soit [REDACTED] et [REDACTED])

Le DITEP est organisé en unité selon l'âge des usagers/du handicap des usagers.

Le DITEP accueille des usagers de 6 à 20 ans répartis comme suit :

Répartition par tranches d'âge	0 à 5 ans	6 à 11 ans	De 12 à 13 ans	De 14 à 15 ans	De 16 à 20 ans	21 ans et plus (amendement CRETON – au titre de l'art. L 242-4 CASF)
Site Coulommiers	■	■	■	■	■	■
Site de Bois-le-Roi	■	■	■	■	■	■
Site de St Thibault	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■

Le budget de fonctionnement (base reconductible) est de [REDACTED] au 1er janvier 2025.

Le CPOM a été signé le [REDACTED] et renouvelé le [REDACTED] Ses principaux objectifs sont :

- ♣ Ancrage territorial : Développer le réseau partenarial
- ♣ Parcours de l'utilisateur : Intégrer le déploiement de la réponse accompagnée pour tous
- ♣ Performance : Optimiser l'activité
- ♣ Gestion des ressources humaines
- ♣ Mise en place de la réforme des autorisations
- ♣ Accompagnement médico-social et qualité de la prise en charge :
 - Faciliter et fluidifier l'accès aux soins
 - Gestion des risques
 - Accompagnement
 - PHV/THV
 - Insertion en milieu ordinaire, scolaire, professionnel

Constats

Le rapport est établi selon les éléments vus, lus et entendus par l'équipe d'inspection et de l'étude des documents probants transmis par les professionnels de la structure.

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>Le régime juridique de la structure</u> Le statut juridique de la structure est-il conforme ? <u>L312-1 (2°) CASF</u>	Oui	L'UGE CAM Île-de-France gère l'ensemble des établissements et des services sanitaires et médicosociaux privés d'intérêt collectif (ESPIC) de l'Assurance Maladie. L'UGE CAM IDF oriente, organise et développe leurs activités en cohérence avec les besoins de son territoire de santé.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>L'autorisation</u> L'autorisation est-elle en cours de validité ? <u>L313-1 (1° et 4°) du CASF</u> (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) <u>L312-1 (I - alinéa 17) CASF</u> (différents modes d'accueil) <u>D312-59-3 (alinéa 1) CASF</u> DITEP <u>D312-59 CASF et suivants</u> SESSAD <u>D312-55 à 58 CASF</u> ACCUEIL TEMPORAIRE <u>D312-8 à 10 CASF</u>	Oui	L'établissement dispose d'un arrêté d'autorisation n° 2019-200 du 28 octobre 2019, portant la capacité totale de l'établissement à [REDACTED] fonctionnant en plateforme de services coordonnés, pouvant assurer l'ensemble des modalités d'accueil et d'accompagnement prévus au dernier alinéa du I. de l'article L. 312-1 du CASF et destinées à l'accompagnement d'enfants, adolescents et jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages, âges de 0 à 20 ans Capacité totale : 188 places (arrêté autorisation) soit 200 places en file active (CPOM) Nbre d'enfants accueillis/suivis par les équipes de l'établissement de Saint-Thibault-des-Vignes : [REDACTED] Nbre d'enfants accueillis/suivis par les équipes de l'établissement de de Bois-le-Roi : [REDACTED] Nbre d'enfants accueillis/suivis par les équipes de l'établissement de site de Coulommiers : [REDACTED] Au jour de l'inspection, le DITEP Mosaïque assure la prise en charge de [REDACTED] enfants pour un fonctionnement théorique de 200 places en file active. Taux d'occupation année 2024 : [REDACTED] Taux d'occupation Jour inspection : [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	L'autorisation de la structure est-elle respectée ?	Non	L'adresse mentionnée au fichier FINESS est le 1 bis rue Louis de Broglie à Saint-Thibault-Les-Vignes conformément à l'arrêté d'autorisation 2019-200 du 28/10/2019. L'adresse mentionnée dans le ROR comporte une erreur. L'organisme gestionnaire a transmis le 1er août 2024 une attestation sur l'honneur de conformité à l'arrêté d'autorisation. Depuis novembre 2024, la structure fonctionne avec un établissement principal à Saint-Thibault-des-Vignes et deux sites secondaires de Coulommiers et de Bois-le-Roi, ce qui n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation qui indique à son article 4 : un établissement principal et 4 établissements secondaires. La modalité d'accueil par l'hébergement n'est plus assurée par la plateforme depuis 2023 et les établissements secondaires situés à Noisiel et Melun ont été fermés sans information à l'ARS. Le fonctionnement n'est pas conforme à l'arrêté d'autorisation. Il existe une distinction entre deux services, le service ambulatoire (ancien SESSAD) accueillant 30 jeunes et le service d'accueil de jour accueillant 34 jeunes sur le site principal de Saint-Thibault-des-Vignes. D'après la direction, le fonctionnement en plateforme sera effectif à partir de septembre 2025. Écart 1 : En n'ayant pas déclaré au moins 2 mois à l'avance des fermetures d'établissements secondaires intervenues au sein de l'établissement contrevient à l'article L313-1-II du CASF. Écart 2 : En ne fonctionnant pas en plateforme de services coordonnés, en file active toutes modalités d'accompagnement pour chaque usager, l'établissement contrevient à l'arrêté d'autorisation et aux objectifs fixés dans le cadre du CPOM.
	1.1.3. La population accueillie La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ? <i>DIFFICULTES PSY TDC: D312-0-3 (I) CASF (ensemble des publics autorisés ESMS PH)</i> <i>D.312-59-1 du CASF (définition usager TDC)</i>	Non	La population accueillie est âgée de 6 à 20 ans pour une autorisation accordée entre 0 et 20 ans. Les notifications reçues de la MDPH ne concernent pas les enfants âgés de moins de 6 ans. Il ressort des entretiens une pratique de réorientation des jeunes vers des "IMPRO" à compter de leurs 16 ans.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) comporte des discordances avec le fonctionnement défini par l'arrêté d'autorisation. La dernière mise à jour du ROR du 02/08/2023 précise une population accueillie de 0 à 18 ans selon la répartition suivante : [REDACTED] Remarque 1 : L'établissement est responsable de la mise à jour du répertoire opérationnel des ressources (ROR) et doit en conséquence veiller à sa mise à jour, conformément à son arrêté d'autorisation. Écart 3 : La population accueillie (6 à 20 ans) ne correspond pas aux caractéristiques de l'autorisation. Écart 4 : Le DITEP n'assure pas ses missions d'accompagnement en insertion professionnelle des jeunes en les réorientant vers des IMPRO.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.4. Le CPOM Un CPOM est-il en cours de validité ? <u>L313-11 CASF</u> (définition CPOM)	Oui	L'établissement entre dans le périmètre du CPOM régional signé le 16/02/2023 pour la période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2027.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. Le règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement existe-t-il ? <u>L311-7 CASF</u> (définition règlement de fonctionnement)	Non	Deux règlements de fonctionnement entrés en vigueur le 5 octobre 2021 ont été remis à la mission d'inspection et concernent exclusivement l'accueil en semi-internat sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes. L'un des documents est destiné au "groupe des ados" ; le second au "groupe des primaires". Il n'existe pas de règlement de fonctionnement général pour le DITEP, relatif à l'arrêté d'autorisation de fonctionnement en plateforme de services coordonnés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Date-t-il de moins de 5 ans ? R311-33 CASF (révision du RF au moins tous les 5 ans)	Oui	Par ailleurs, la liste des personnes qualifiées mentionnée en fin de document n'est pas à jour. Il est entré en vigueur le 5 octobre 2021.
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ? L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS)	Non	Aucun élément fourni à la mission d'inspection ne confirme que le règlement de fonctionnement a été validé par le CVS (absence de date de validation par les instances).
	Est-il remis aux usagers et aux professionnels ? L311-4 al 3 CASF (règlement de fonctionnement en annexe du livret d'accueil et remis aux usagers ou à leur représentant) R311-34 CASF (règlement fonctionnement remis aux usagers et professionnels)	Oui	Le formulaire prévoit la prise de connaissance signée du RF.
	Est-il affiché dans l'établissement ? R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)	Non	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché.
	Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF suivantes : R311-35 CASF (contenu RF-asso famille, organisation des locaux, la sûreté des personnes, CAT en cas de situations exceptionnelles, modalité de rétablissement) R311-36 CASF (contenu RF-Transport, délivrance prestations extérieures) R311-37 CASF (contenu RF-vie collective, violences sur autrui, hygiène de vie, mineurs protégés)		
	- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ;	Oui	
	- L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;	Oui	
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	
	- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	Non	Absent
	- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées ;	Non	Absent
	- Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur ;	Partiellement	Les modalités de délivrance des prestations à l'extérieur ne sont pas définies.
	- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;	Oui	
	- Les conséquences de violence sur autrui ;	Oui	
	- Les prescriptions d'hygiène de vie ;	Oui	
	- Les mesures concernant les mineurs protégés ;	Non	Absent

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les dispositions sur les vacances et visites et retours en famille.	Non	Les modalités, jours et horaires d'accueil correspondant à une prise en charge en plateforme ne sont pas précisées. Écart 5 : L'absence de règlement de fonctionnement pour le DITEP dans son ensemble, intégrant en conséquence tous les sites du dispositif, contrevient à l'article L. 311-7 du CASF. Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour et conforme au fonctionnement en plateforme. Il ne comporte pas les thématiques réglementaires obligatoires suivantes : - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées ; - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; - Les mesures concernant les mineurs protégés ; - Les modalités de délivrance des prestations à l'extérieur ne sont pas définies ; - Les dispositions sur les vacances, visites et retours en famille ; - Les processus d'admissions et de sorties exclusivement liés à une notification, une orientation ou réorientation de la CDAPH ; - La preuve de présentation du RF aux instances réglementaires. Le RF comporte la suspension et la reprise de la prise en charge comme sanction disciplinaire dans le chapitre 9.
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE)</u> Le projet d'établissement existe-t-il ? <u>L311-8 du CASF</u> (PE obligatoire en ESSMS) Le projet d'établissement est-il en cours de validité ? <u>L311-8 du CASF</u> (contenu PE tous les 5 ans) Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ? <u>D311-38-4 CASF</u> (PE transmis aux autorités)	Oui Oui Non	Oui Le PE couvre la période 2024-2028. Le PE a été remis le jour même de l'inspection. Il n'a pas été transmis à la DDARS77 au moment de sa mise en place.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ? <u>L315-17 CASF</u> (missions directeur PE et son évolution) Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ? <u>D312-38 CASF</u> (CVS consulte le PE) <u>D311-38-4 CASF</u> (PE consulté par CVS) Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ? <u>D311-38-4 CASF</u> (PE affiché)	Oui Non Non	Le DUD indique dans son article 4 que le directeur d'établissement élabore le projet d'établissement Le PE ne comporte ni date ni mention de présentation au CVS. Le PE n'est pas affiché. Le panneau d'affichage des familles mentionne que le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement sont consultables au secrétariat (cf affichette datée du 15/10/2024). Écart 6 : En n'affichant pas et en ne transmettant pas le projet d'établissement à l'autorité de contrôle et de tarification, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D.311-38-4 du CASF
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. Le projet d'établissement : contenu Le projet d'établissement fixe-t-il : <u>D311-38-3</u> et <u>D312-38 CASF</u> (PE fixe objectifs) <u>D312-59-4 CASF</u> (missions du DITEP) - Les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques ; - Les modalités de leur réalisation ; - Les modalités de l'évaluation de leurs résultats ; Le projet d'établissement prévoit-t-il l'emploi du temps des usagers, équilibré et adaptable ? <u>D312-38 CASF</u> (emploi du temps des usagers dans PE) Le projet d'établissement contient-il : <u>D311-38-3-CASF</u> (contenu PE-coordination, démarche interne, organisation, évaluation, mesures CPOM) <u>D312-59-4 du CASF</u> (contenu PE-objectifs, projet pédagogique, emplois du temps en DITEP) <u>D311-38-3 CASF</u> (contenu minimal du PE) DITEP <u>D312-59 CASF et suivants</u> SESSAD <u>D312-55 à 58 CASF</u> ACCUEIL TEMPORAIRE <u>D312-8 à 10 CASF</u> - Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement dans les champ éducatif et thérapeutique ;	Oui Oui Non Non Oui	Les modalités d'évaluations des objectifs pédagogiques éducatifs et thérapeutiques ne sont pas précisées. Le PE ne fait pas mention d'existence d'emploi du temps ni de son adaptation aux usagers.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ; - Les critères d'évaluation et de qualité voire les mesures du CPOM ; - Un projet pédagogique (alinéa 1 bis) ; - Un emploi du temps équilibré (alinéa 2) ; - Les objectifs et les moyens pour assurer l'accompagnement des jeunes. <u>D312-59-2 CASF</u> (contenu PE-objectifs et moyens d'accompagnement)	Oui Oui Non Non Non Oui	Les moyens de repérage des risques, les modalités de signalement et de traitement, la réalisation du bilan liés à la maltraitance sont abordés. Écart 7 : Le contenu du projet d'établissement est incomplet et comporte des erreurs, : - le projet pédagogique de l'unité d'enseignement et la description de l'emploi du temps des usagers sont absents, ce qui contrevient aux articles D312-59-4 et 311-38-3 alinéas 1bis et 2 du CASF ; - les échéances mentionnées au PE concernant la démarche interne de préventions et de lutte contre la maltraitance doivent faire l'objet d'échéances annuelles alignées sur les échéances des objectifs du CPOM conformément à l'instruction N° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025 relative à la programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) - le PE comporte des mentions erronées telles que "promotion de la maltraitance"
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. Le plan bleu Le plan bleu existe-il ? <u>L311-8 CASF</u> (ESSMS-plan de PEC en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins) <u>Arrêté du 12 février 2024</u> fixant la liste des établissements et services médico-sociaux mentionnée à l'article L. 311-8 du CASF Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ? <u>R311-38-1 (V) CASF</u> (Plan bleu révisé annuellement) Le plan bleu contient-il : <u>R311-38-1 CASF</u> (contenu plan bleu) - Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ; - Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ; - Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ; - Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;	Oui Oui Oui Non Non Oui	La dernière version transmise du plan bleu est du 26 septembre 2024. Une actualisation du document est réalisée par le responsable qualité et gestion des risques du DITEP Mosaïques et validée par le [REDACTED] au minimum annuellement et à chaque transformation ou modification de l'établissement. Malgré l'actualisation récente du plan bleu, le document comporte des informations contradictoires et erronées sur la répartition des chambres d'hébergement entre les différents sites qui remet en cause la mise à jour réelle du document. Le DITEP Mosaïques n'a pas signé de convention formalisée avec des établissements de santé en particulier. Le plan de continuité des activités est présent dans le plan bleu. Cependant, le PCA n'est pas détaillé. Il n'est accessible aux salariés que dans sa version informatique. Le plan de continuité doit détailler toutes les mesures nécessaires pour assurer la continuité des activités prioritaires.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles ;	Non	Il n'y a pas de distinctions entre le matériel courant et le matériel plan bleu. Un listing des équipements et matériels disponibles au sein de l'établissement est actualisé chaque année. En cas d'utilisation du stock, un suivi de la consommation et du renouvellement du stock est formalisé.
	- Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.	Non	Le responsable logistique et patrimoine est en charge de la réalisation et du suivi du stock. Le document prévoit une sensibilisation périodique inscrite dans le plan de formation de l'établissement et qui donne lieu à une fiche d'émargement. Cependant, le plan de formation de l'année 2024 ne mentionne aucune formation réalisée sur le thème des situations sanitaires exceptionnelles.
	Le plan bleu a-t-il été arrêté après consultation : <u>R311-38-1 (III) CASF</u> (IRP et CVS consulté pour plan bleu)	Oui	
	- Des instances représentatives du personnel ; - Du CVS. Le plan bleu est-il conforme ? <u>R311-38-1 CASF</u>	Partiellement	Le plan bleu a été présenté lors de la réunion du CVS du 27 novembre 2024. La date de présentation au CVS doit être mentionnée dans le plan bleu. Écart 8 : Le contenu du plan bleu de l'établissement n'est pas conforme aux dispositions du CASF : - il n'est accessible qu'au format numérique; - les formations sur les situations sanitaires exceptionnelles sont inexistantes au plan de formation - le plan de continuité et de reprise des activités doit être détaillé dans ses composantes et modalités de mises en oeuvre; - d'une part et le défaut d'organisation des formations visant l'appropriation du plan bleu par les professionnels représentent un risque pour l'établissement; - Il ne comporte pas les dates de mise en place, de révision et de présentation au CVS, - Le détail des chambres d'hébergement doit reprendre avec exactitude la situation de chaque site du DITEP Mosaïques ; - La gestion du matériel dédié au plan bleu doit être séparé des matériels communs et doit être spécifique.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. L'organigramme L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ? <u>L311-8 CASF</u> (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) L'organigramme est-il à jour ? L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?	Non Non Non	L'organigramme transmis à la mission d'inspection identifie pour chaque site et chaque modalité d'accompagnement, les ETP cibles par pôles éducatifs et thérapeutiques. Un pôle pédagogique est identifié pour le site de Saint-Thibault et celui de Bois-le-Roi. Le site de Coulommiers en est dépourvu. Un pôle de coordination existe pour chaque site, avec une distinction entre l'accueil de jour/hébergement et l'ambulatorio. Un pôle administratif est également dédié à chaque site avec des temps de travail identifiés par modalité d'accompagnement. Les fonctions supports sont listées ainsi que les fonctions de direction. Les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas formalisés Remarque 2 : L'absence d'affichage de l'organigramme ne permet pas d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement. L'organigramme transmis ne précise pas les liens hiérarchiques et fonctionnels ce qui peut créer la confusion dans le fonctionnement, le management des équipes et dans la compréhension des chaînes hiérarchiques.
	1.2.6. Directeur : contrat et fiche de poste Quelle est la date de prise de fonction du directeur ? <u>L315-17 CASF</u> (directeur ESSMS public) <u>D312-20 CASF</u> (qualité du directeur d'ESSMSPHI) <u>Décret n° 2007-1930 du 26/12/2007</u> (Statut particulier des directeurs d'établissement (ESSMS FP Hospitalière)) Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ? Si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?	Oui Oui Non	La direction de l'établissement est assurée par une directrice territoriale. D'après l'avenant au contrat de travail à durée indéterminée, la directrice a pris ses fonctions de directrice territoriale en janvier 2024. Elle est employée à l'UGECAM Ile-de-France depuis le 19/11/2007. En particulier, l'avenant précise qu'elle occupait les fonctions de directrice adjointe au sein de l'ITEP le Coteau du CAMSP et de l'IME depuis le 01/02/2022. La directrice territoriale est en charge du DITEP Mosaïques (77), du [REDACTED] [REDACTED]. Elle est appuyée d'un pôle de direction. Le document transmis n'est pas exploitable : il s'agit d'une copie PDF d'un outil numérique dont les volets n'ont pas été déployés. Mais la délégation de pouvoirs, mise à jour le 03/02/2025, définit le champ d'activité et de responsabilité du directeur.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- La gestion et l'animation des ressources humaines ; - La gestion budgétaire, financière et comptable ; - La coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.	Oui Partiellement Oui	La directrice a un pouvoir général d'organisation des établissements et assure la gestion administrative du personnel et la préparation de la paie de son établissement, en lien avec la direction des ressources humaines du siège, qui en assure le pilotage fonctionnel. La directrice recrute les fonctions supports de ses établissements, ainsi que les [REDACTED] après accord de la directrice générale. Les sanctions disciplinaires ne dépassant pas le blâme sont de la responsabilité de la directrice ; celles supérieures au blâme, les licenciements et les ruptures conventionnelles relèvent de la seule compétence de la directrice générale La directrice applique la politique générale relative à la gestion du foncier, du SDI pluriannuel, les travaux d'amélioration et la maintenance mobilière et immobilière définie par la direction générale. Le document ne précise pas les plafonds ni la nature des dépenses que la directrice peut engager. Les relations avec les partenaires institutionnels sont réparties entre la direction générale (ARS, CNAM, services centraux de l'Etat) et la directrice d'établissements (DD ARS, élus locaux, autorités départementales et communales, DRIETS).
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u> Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COPIL (réunions des cadres de la structure) (fréquence, participant, rédaction et diffusion CR) HAS-<u>RBPP pour le secteur social et médico-social-2020</u>	Oui	Pour le pôle de direction, il y a un CODIR tous les 15 jours qui permet de faire le lien avec la direction générale. Sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes, une réunion de coordination d'équipes menée par les coordonnateurs de parcours aborde aussi les situations individuelles d'enfants.
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. <u>Les astreintes</u> Une astreinte administrative est-elle mise en place la nuit et les jours fériés en semaine ? Une astreinte technique est-elle mise en place la nuit ? FPH : <u>Arrêté du 24 avril 2002</u> fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	Non Non	Il existe une astreinte de direction multisite organisée entre les sites nord et sud du DITEP. Cette astreinte n'a lieu qu'en journée pendant les heures ouvrables (hors week-end, jour férié et semaine de vacances scolaire fermée). Cette astreinte s'exerce entre les cadres responsables de site et coordonnateurs de parcours. Cette astreinte est formalisée par un planning. Il n'existe pas d'astreinte administrative et il n'y a pas d'accueil en jour férié en semaine. Il n'existe aucune astreinte de nuit organisée sur site depuis la fermeture de l'hébergement de nuit.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	FPH : Décret n°2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière FPT : Décret n°2005-542 du 19 mai 2005 relatif aux modalités de la rémunération ou de la compensation des astreintes et des permanences dans la fonction publique territoriale		Remarque 5 : Aucune procédure d'astreinte administrative ou technique n'est formalisée y compris la nuit le DITEP ayant une autorisation pour héberger les enfants la nuit.
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante Un professionnel encadre-t-il l'équipe soignante ?	Non	Il n'y a pas de médecin. Seule l'infirmière présente sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes assure les fonctions d'encadrement de l'équipe soignante. Écart 9 : L'établissement ne dispose pas d'un médecin responsable de l'animation et de la coordination de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'Art. D312-59-I-4° du CASF.
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative Un professionnel encadre-t-il l'équipe éducative ?	Oui	Éléments recueillis sur le site principal de Saint-Thibault des Vignes. Le responsable de site est responsable hiérarchique de l'équipe éducative qui est divisé en [REDACTED] [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	Si oui, - A quel niveau d'ETP ? - Quelle est sa qualification et sa formation ? - Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	Non	Remarque 6 : Le responsable du site ne dispose pas de fiche de poste.
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. Les conflits entre direction et salariés Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels ? (Signalement, pétitions, absentéisme et/ou rotation élevé des personnels, affaires prud'homales, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats, suivi troubles musculosquelettiques (TMS) et risques psychosociaux (RPS), ...) L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité de l'utilisateur) HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020	Non	Il existe des risques sociaux liés au contexte de conflit de rotation élevée du personnel et au manque d'accompagnement des professionnels vers le nouveau mode de fonctionnement en plateforme : - Tous les postes ne sont pas pourvus. - Il existe des signes de conflit. - L'établissement rencontre des difficultés de recrutement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 Indicateur ANAP : Taux médian de rotation des professionnels en IME en 2022 : (régionale IDF :19.05% - national : 12,37%) HAS Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement 2024		- Le manque d'accompagnement des professionnels vers le nouveau mode de fonctionnement en plateforme génère des conflits entre professionnels et implique des réticences de certains. - Des postes clés ne sont pas occupés (par exemple poste de référent bientraitance inoccupé. - L'accompagnement des situations les plus complexes sont accompagnés par des intérimaires. Remarque 7 : Le manque d'accompagnement au changement lié à la transformation en plateforme et l'absence de stabilité des effectifs peut générer des risques sociaux et des manques dans la prise en charge.
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. Les affichages Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : - Dernière enquête de satisfaction D311-15 (III) CASF (affichage enquête de satisfaction) - Règlement de fonctionnement R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement) - Charte des droits et libertés de la personne accueillie L311-4 CASF (affichage charte droits et libertés) - Arrêté d'autorisation - Horaires d'ouverture de la structure - PV du CVS D311-12 CASF (consultation PV du CVS) Arrêté des personnes qualifiées - Y a-t-il un affichage des coordonnées du service d'accueil téléphonique, telles que : L226-8 CASF (obligation affichage coordonnées de service d'appel téléphonique) - 3977 (écoute et d'accompagnement mis en place par les pouvoirs publics pour avertir d'une maltraitance à l'encontre d'une personne vulnérable, âgée ou handicapée) - 119 (pour tout enfant ou adolescent victime de violences ou pour toute personne préoccupée par une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être)	Non Non Oui Non Non Non Non Non Non Oui	L'enquête de satisfaction affichée datant de 2023 n'est pas à jour, ce qui contrevient à l'art D311-15(III) du CASF. Il n'est pas affiché et est tenu à disposition des familles au secrétariat. L'arrêté affiché est celui de 2012 et n'est pas à jour.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- ALMA (Allo Maltraitance)	Non	Écart 10 : L'ensemble des affichages obligatoire n'est pas présent ou n'est pas actualisé conformément à la réglementation : - L'enquête de satisfaction affichée date de 2023 ce qui contrevient à l'art D311-15(III) du CASF ; - Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché ce qui contrevient à l'art R311-34 du CASF ; - Les coordonnées 3977 et allo ALMA des services d'accueil téléphonique ne sont pas affichées ce que contrevient à l'art L226-8 du CASF.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. Le Conseil de vie sociale (CVS)		
	Un CVS est-il en place ? <u>D311-3 CASF</u> (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation)	Oui	
	Le CVS se réunit-il au moins trois fois par an ? <u>D311-16 CASF</u> (3 CVS au minimum par an)	Non	Le CVS ne s'est réuni que 2 fois en 2023. Un PV de carence pour la réunion du CVS du 20 septembre 2023 a été fourni.
	L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ? <u>D311-16 CASF</u> (OJ communiqué au moins 15 jours avant)	Oui	
	La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir : <u>D311-5 CASF</u> (composition CVS)		
	- Deux représentants des personnes accompagnées ;	Oui	
	- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ;	Oui	
	- Un représentant de l'organisme gestionnaire.	Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Si la nature de l'établissement le justifie, il comprend également : - Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ; - Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; - Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; - Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. D311-5 CASF (composition CVS) La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ? A savoir : D311-15 CASF (missions CVS) - Donner un avis et faire des propositions sur le fonctionnement de la structure ? (droit et liberté, organisation intérieure, vie quotidienne, activités, prestations, projet de travaux et d'équipement, prix des services, l'entretien des locaux, l'animation, les conditions de prises en charge) - Être associé à la révision du PE, notamment en matière politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ? - Être entendu lors de la procédure d'évaluation, être informé des résultats et être associé aux mesures correctrices à mettre en place ? - Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ?	Oui Non Non investigué Oui Oui Oui Oui Oui Oui Non	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les événements indésirables et les plans d'actions sont-ils soumis au CVS ? R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)	Non	Écart 11 : En ne réunissant pas le CVS au moins 3 fois par an la direction de l'établissement contrevient à l'article D311-16 du CASF. Les pièces fournies ne permettent pas de constater la présence d'un représentant des représentants légaux parmi les membres du CVS, ce qui contrevient à l'art D311-5 du CASF. En 2023, ni les événements indésirables, ni les dysfonctionnements ni les mesures correctrices associées n'ont présentées au CVS. L'établissement contrevient à l'article R331-10 du CASF. En 2024, les EI sont mentionnés à l'ordre du jour, cependant le détail des événements et dysfonctionnements ne sont pas présentés.
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. Les enquêtes de satisfaction Une enquête de satisfaction au moins annuelle a-t-elle été faite, sur : - La qualité de l'hébergement ? - La restauration ? - La qualité de l'entretien des locaux ? - La qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante ? Les enquêtes de satisfactions sont-elles affichées dans la structure ? D311-15 (III) CASF (affichage enquête satisfaction) Leurs résultats sont-ils communiqués et commentés en CVS ? D311-15 (III) CASF (affichage enquête satisfaction)	Non investigué Oui Oui Oui Partiellement Non	La question est posée dans les enquêtes de satisfaction et est sans objet compte tenu de la fermeture de l'hébergement. Les enquêtes de satisfaction affichées datent de 2023. Celles de 2024 ne sont pas affichées. Les enquêtes de satisfaction n'ont pas été commentées en 2023 et 2024. Écart 12 : En l'absence de mise à jour des affichages réglementaires et en ne communiquant pas au CVS les enquêtes de satisfaction, l'établissement contrevient à l'art. D311-15 du CASF.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.1. Le responsable qualité Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? <i>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</i> Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?	Non Non	Il n'y a pas de responsable qualité sur le site. Les référents situés [REDACTED] appuient le siège dans l'attente du recrutement d'un nouveau référent qualité. Remarque 8 : L'absence de référent qualité au sein de l'établissement n'est pas conforme aux RBPP.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. Les professionnels référents Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ? <i>HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008</i> Sont-ils connus de l'ensemble des professionnels ?	Partiellement Non	Des référents thématiques sont identifiés sur l'accès aux soins, les épidémies, la sécurité, le harcèlement, les applications et systèmes informatiques. Il n'y a pas de référent bientraitance désigné. L'ensemble des professionnels n'a pas une connaissance homogène de l'ensemble des référents thématiques. Remarque 9 : L'absence de référent bientraitance au sein de l'établissement et la méconnaissance des référents thématiques par les professionnels de l'établissement ne sont pas conformes aux RBPP.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? <i>L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)</i> <i>D311-25 CASF (CVS ou autre forme de participation dans la démarche d'évaluation de la qualité des prestations)</i> <i>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la HAS)</i> <i>HAS-Procédure d'évaluation des ESSMS-mai 2022</i> Les actions du plan qualité sont-elles mentionnées dans le rapport annuel d'activités ? <i>D312-203 CASF (ESSMS-action PACQ dans rapport d'activité)</i> Les actions du PACQ font-elles l'objet d'un tableau de suivi mentionnant le niveau de réalisation et mis à jour régulièrement (suivi continu) ?	Oui Non Non	Le document relatif à la PACQ remis à la mission d'inspection est un tableau de suivi qui a été mis à jour le 18/03/2025. Le dernier rapport annuel d'étape de l'OG ne mentionne aucune action relative au PACQ. Aucune mention au RAE sur la l'amélioration de qualité. Le document remis ne démontre pas une mise à jour régulière.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y a-t-il un pilote et un COPIL pour le PACQ ?	Oui	Les référents situés à Vitry-sur-Seine pilotent la politique d'amélioration de la qualité. Écart 13 : - Les actions du PACQ ne sont pas mentionnées au rapport annuel d'activités ; - Le document remis ne démontre pas une mise à jour régulière. Ce qui contrevient aux articles L312-8 du CASF et D312-203 du CASF .
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. L'évaluation externe Une évaluation externe a-t-elle été réalisée dans les 5 dernières années ? <u>D312-204 CASF</u> (calendrier évaluations -tous les 5 ans) <u>L312-8 CASF</u> (auto-évaluation et évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité) <u>HAS-Procédure d'évaluation des ESSMS-mai 2022</u> <u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</u> Le gestionnaire concoure-t-il à la réalisation des évaluations ? <u>R314-88 CASF</u> (participation siège – ESSMS privé non lucratif) <u>D312-206 CASF</u> (modalité d'évaluation) <u>D312-197 CASF</u> (prestataire d'évaluation) Les axes et objectifs qui se dégagent de l'évaluation se traduisent-ils en actions au PACQ et dans le rapport annuel d'activité (RAA) ? <u>D312-203 CASF</u> (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité) L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ? <u>D312-200 CASF</u> (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) <u>D312-204 CASF</u> (délai de transmission du rapport d'évaluation)	Oui Oui Non Oui	L'évaluation externe a été menée entre le 15 et le 17/10/2024. Selon les informations recueillies, le pôle des fonctions support situé à Vitry-sur-Seine apporte un appui. Le PACQ n'étant pas formalisé, il n'est pas possible de faire le lien entre les axes et les objectifs de l'évaluation externe, le PACQ et le RAA. Ecart : CF point de contrôle 1.4.3
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui est intégrée au projet d'établissement issue d'une réflexion portée par l'encadrement avec la participation du personnel et des personnes ? <u>L119-1 CASF</u> (déf maltraitance) <u>L311-3 1° CASF</u> (Sécurité) <u>D311-38-3 CASF</u> (politique formalisée) <u>HAS 2008 La bientraitance page 36</u> <u>HAS 2008 Directeur et maltraitance</u> page 19	Partiellement	Deux procédures, l'une datée du 27/01/2022 en version 2 et la seconde datée du 02/06/2024 en version 2 relatives à la prévention des risques de maltraitance et promotion de la bientraitance au sein des établissements de l'UGECAM-IDF ont été transmises. Ces deux procédures sont redondantes. Aucun des éléments de ces 2 procédures instituant une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est intégré au projet d'établissement et fait déjà l'objet d'un écart relatif à la non-conformité du PE. Une de ces procédures précise la présence d'un référent bientraitance par établissement ce qui n'est pas en correspondance avec les éléments recueillis lors de l'inspection.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 14 : L'absence d'une procédure unique formalisant une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance contrevient à la réglementation et aux RBPP.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. Les sanctions corporelles L'interdiction des sanctions corporelles est-elle incluse dans cette politique ? <u>D312-39 (3^e alinéa) CASF</u> (sanctions corporelles interdites)	Non	Ecart CF point 1.4.5
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance HAS <u>Directeur et maltraitance</u> 2008 (pages 16 à 24) HAS <u>Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement</u> 2024 L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations : - En ayant connaissance des risques et des obligations leur incombant, lesquelles sont inscrites à leur fiche de poste, à leur feuille de route, à leur DUD, etc. ; - En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ; - En nommant un référent bientraitance ; - En sensibilisant, informant et formant le personnel ; - En organisant l'analyse de leur pratique ; - En formalisant dans leur fiche de poste la bientraitance comme une mission pour tous les jours ; - En organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et intérimaires pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ;	Non Oui Non Non Non Non	En fonction de la gravité de l'EI, une CARTE (Cellule d'Analyse et de traitement des événements indésirables en Etablissement) exceptionnelle peut être convoquée ou l'événement indésirable peut être proposé en comité de retour d'expérience (CREX) ou en cellule de crise. Le référent bientraitance en poste a fait l'objet d'une promotion interne vers d'autres fonctions. L'annonce dédiée au recrutement d'un référent bientraitance rattaché au [REDACTED] a été transmise à la mission d'inspection mais rien n'indique qu'une quotité d'ETP sera dédiée au DITEP Mosaïques. Les 2 membres du service qualité se déplacent dans l'établissement pour pallier cette absence. Selon les éléments recueillis sur place des formations et des sensibilisations internes faites par le service qualité une à deux fois par an. Le plan de formation 2024 ne fait référence à aucune formation dédiée à la bientraitance. Aucune fiche de poste ne formalise une mission de bientraitance. Selon les éléments recueillis, il y a un turn-over important notamment parmi les éducateurs en charge du groupe des enfants en primaire. Il n'existe pas de livret d'accueil pour les nouveaux professionnels et le plan de formation de 2024 ne fait pas état de formation sur la bientraitance.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PPA. <u>L311-3 (7^e alinéa) CASF</u> (Informer et faire participer les personnes) Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance : - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; - Par la sensibilisation et la formation ; - Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ; - Par des actions de prévention de l'usure professionnelle. <u>HAS 2008 Directeur et maltraitance</u> page 27 à 35	Non investigué Oui Non Oui Non	Des groupes d'analyse de pratiques et des groupes professionnels se rencontrent deux fois par an avec les éducateurs du Val-de-Marne pour échanger sur leurs pratiques. Aucun outil de suivi des actions de RBPP n'a été transmis à la mission. En septembre 2023, octobre 2023 et février 2024, des journées de sensibilisation ont été organisées en interne par la structure pour l'ensemble du personnel ou par le service qualité et gestion des risques de l'organisme gestionnaire. Aucune formation dédiée à la bientraitance n'est mentionnée au plan de formation de l'établissement en 2024 pour les autres professionnels de l'établissement. Les documents fournis démontrent l'absence de traçabilité des réunions internes au DITEP relatives aux RBPP liées à la bientraitance. Seul 1 des 5 items d'amélioration de la qualité lié au thème de la bientraitance a été mis en œuvre à hauteur de 30%. Écart 15 : Les actions de promotion de la bientraitance ne sont pas mises en œuvre : - Les fiches de postes de l'encadrement ne comprennent pas de volets dédiés à la promotion de la bientraitance ; - Le poste de référent bientraitance n'est pas pourvu. Le positionnement exact de ce poste n'est pas clairement défini au sein du DITEP ou au sein des fonctions support de la direction territoriale ; - Les recrutements et l'organisation du travail visant à une organisation de travail équitable entre les équipes d'éducateurs en CDI et en CDD encadrant le groupe des adolescents et le groupes des enfants de primaires ne sont pas stabilisés. - Il n'y a pas de livret d'accueil pour les nouveaux professionnels et les formations dédiées à la bientraitance ne sont pas mentionnées au plan de formation de l'établissement en 2024 et 2025; - Les réunions internes au DITEP relatives aux RBPP liées à la bientraitance ne sont pas tracées; - Il n'y a pas d'actions de prévention de l'usure professionnelle.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.8. La bientraitance en pratique Les bonnes pratiques sont-elles connues et promues telles que : - La liberté de choix ; <u>L311-3 (2^e) CASF</u> (libre choix des prestations) <u>D312-55 CASF</u> (SESSAD) <u>D312-8 à 10 CASF</u> → <u>Accueil temporaire</u> <u>D312-9 CASF</u> - <u>Présence d'unité d'accueil ou de vie</u> - <u>Les locaux tiennent compte</u> <u>D312-10 CASF</u> → L'admission en accueil temporaire est prononcée <u>D312-59-2 CASF</u> (accompagnements adaptés) - La recherche systématique et le respect du consentement de l'usager ; <u>L311-3 (3^e) CASF</u> (respect du consentement) - L'accompagnement dans l'autonomie ; <u>D312-59-10 CASF</u> (acquisition d'un maximum d'autonomie) <u>D312-55 CASF</u> (SESSAD) - Les méthodes de communication ; - La définition et l'évaluation du PPA ; - Le respect des relations avec les proches <u>D312-59-3 CASF</u> (association des familles) Des analyses des pratiques de prise en charge des usagers sont-elles réalisées ? (Formation, temps d'échanges, prestataire extérieur, ...) HAS, " <u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance</u> ", 2008 (p.25) HAS <u>Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement</u> 2024 HAS <u>Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS</u> - mars 2022	Partiellement	Selon les éléments recueillis sur place les bonnes pratiques relatives à la bientraitance sont promues. Des supports de communication internes datant de 2022 et le PE qui ont été communiqués abordent les notions de liberté de choix, la recherche du consentement, l'accompagnement dans l'autonomie et les méthodes de communication vers l'usager. Cependant, la dernière réunion relative aux RBPP au sein du DITEP en matière de bientraitance remonte à 2023.
		Oui	
		Oui	L'autodétermination est indiquée comme étant une préoccupation des équipes.
		Oui	
		Oui	Le PPA est réalisé dès l'admission et mis à jour lors de réunions de synthèse. La psychologue ou les coordonnateurs de parcours centralisent et formalisent le PPA. Chaque usager a un éducateur référent. Les PPA présents dans les dossiers administratifs ne sont pas signés, juste remplis au format informatique modifiable Word. De même, la mission d'inspection constate que les PPA consultés ne sont pas mis à jour au moins une fois par an.
		Non	
		Oui	Dans les procédures formalisées de réalisation du PPA, il est prévu une participation et une signature de la famille ou des représentants légaux.
		Partiellement	Les éducateurs se réunissent hebdomadairement pour évoquer une ou plusieurs situations individuelles afin de mettre à jour le PPA. Le sujet de la bientraitance n'est pas spécifiquement évoqué. Ces réunions sont l'occasion d'analyses des pratiques de prise en charge des usagers dont la traçabilité ne peut être prouvée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 16 : Les preuves de traçabilité de réunion d'analyse des pratiques de prise en charge n'ont pas été apportées. - La dernière réunion spécifique recensée relative aux RBPP au sein du DITEP en matière de bientraitance remonte à 2023. - Les PPA ne sont pas tous mis à jour et ne sont pas signés par les familles ce qui contrevient à l'article L311-3 CASF.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.9. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers et les professionnels) <i>HAS-<u>La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil</u> -février 2019</i> La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ? Pour prévenir la survenue du comportement problème, les besoins des personnes sont-ils identifiés ainsi que les facteurs de risque et les facteurs de protection (moyens de communication et prise en compte de l'environnement) ? <i>HAS-« <u>Les comportements problèmes</u> » <u>prévention et réponse</u>, volet 1 « Organisation à privilégier et stratégies de prévention » -2016</i> Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par : <i>HAS-« <u>Les « comportements problèmes » : prévention et réponses</u>, volet 2 « Stratégie d'intervention » -2016</i> - Des procédures de gestion des comportements problème ; - Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;	Non Non Non Non Non	Le projet d'établissement évoque la prise en charge des enfants ayant des troubles du comportement sans y aborder spécifiquement les comportements "problèmes" au sens de la HAS. Selon les informations recueillies sur place, la situation des jeunes concernés est évoquée en réunion de suivi hebdomadaire qui fait l'objet d'un compte-rendu. Selon les informations recueillies sur place, il existe un protocole de gestion de la colère des enfants, cependant, celui-ci ne semble pas connu par les professionnels. Le protocole est jugé pas assez précis par certains voire inexistant pour d'autres. La procédure de gestion des comportements "problème" n'a pas été remise à la mission d'inspection car celle-ci n'est pas formalisée. S'il y a beaucoup de discussions internes, d'échanges de savoir entre les plus anciens éducateurs et les nouveaux, ces échanges ne sont pas tracés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Par la sensibilisation et la formation ; - Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs ; Le PPA des usagers présentant un « comportement problème » est-il régulièrement actualisé ? (Bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.) HAS-« <u>Les « comportements problèmes » : prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention</u> »-2016 Y a-t-il une salle de calme-retrait et d'apaisement avec une procédure ? HAS-« <u>Les « comportements problèmes » : prévention et réponse, volet 3 « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement</u> »-2017	Partiellement Non Non Non	Des formations externes "comment intervenir sur les enfants TDC" ont été mises en place en 2024 pour certains professionnels des 3 sites. Cependant, ces formations sont considérées peu adaptées et trop légères par les professionnels. D'après les éléments recueillis les PPA ne sont pas mis systématiquement à jour pour les enfants qui ont un comportement "problème". Cependant, beaucoup d'accidents du travail sont relevés (environ un par mois). Selon les informations recueillies sur place, après plusieurs essais, la salle de retrait / apaisement existante a été fermée et est en travaux. Un projet de procédure d'utilisation de cette salle a été transmis à la mission d'inspection. En attendant, l'équipe éducative met en œuvre des alternatives d'apaisement en mettant l'enfant dans une salle à part avec de la musique ou en allant marcher. Écart 17 : Aucune procédure de gestion des comportements problèmes n'est formalisée. Aucune preuve de traçabilité des réunions dédiées n'a été transmise. Les accompagnements spécifiques dédiés aux comportements problèmes sont insuffisants ou inexistants. La salle de retrait et d'apaisement est fermée pour une durée indéterminée.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.10. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u> Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de : - L'ARS ; <u>L 331-8-1 CASF</u> (information aux autorités des dysfonctionnements graves) <u>R331-8 CASF</u> (transmission aux autorités des dysfonctionnements graves selon formulaire) <u>L119-1 CASF</u> (Définition maltraitance) <u>Arrêté du 28/12/2016</u> relatif à l'obligation de signalement des ESSMS - Le magistrat concerné ; HAS, "<u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance</u>", 2008 (page 37) <u>Art. 40 du Code de procédure pénale</u> (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit-ESSMS public)	Oui Oui	Il existe une procédure relative aux modalités de signalement, d'analyse et de traitement des événements indésirables et des événements indésirables graves. La procédure est bien connue par les professionnels. La direction évalue et détermine s'il s'agit d'un événement indésirable grave. En cas de qualifications en EIG, la déclaration est envoyée à l'ARS.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Art. 434-3 du Code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance sur mineur ou personne incapable de se protéger en raison de son âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse) Art. 226-14 du Code pénal (dérogation au secret médical si privations ou sévices) Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ? L313-24 du CASF (Protection des professionnels signalant) En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ? HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (page 37)	Non Oui	Auparavant, il y avait peu d'EI, maintenant il y a eu une sensibilisation des professionnels. Il y a une traçabilité dans les dossiers. Cependant, certains professionnels ne connaissent toujours pas leur protection juridique. Les familles sont informées par l'établissement de l'évènement survenu et des modalités de signalement, sauf situations exceptionnelles pouvant mettre en danger la sécurité de l'enfant. Écart 18 : La direction de l'établissement ne garantit pas l'information des professionnels sur leur protection juridique en cas de déclaration d'actes de maltraitance. Cette situation contrevient à l'article L313-24 CASF.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction Existe-t-il un système permanent d'enregistrement et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ? L311-6 CASF (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation) D311-21 CASF (autres formes de participation) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25) Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font-ils l'objet : - D'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ;	Oui Oui	Un registre des réclamations est mis à disposition des familles. L'outil de suivi des enquêtes de satisfaction est en place. La direction apporte une réponse rapidement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- De la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématique des réclamations et des signalements ? L311-3 (1° et 3°) CASF (Respect dignité, sécurité et PEC de qualité de l'usager)	Oui	Les équipes se joignent à la direction pour faire un retour à la famille suite à leur réclamation. Ce retour peut prendre la forme d'un entretien ou d'un courrier.
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI) Les procédures de déclaration en interne d'événements indésirables sont-elles connues des professionnels ? L1413-14 CSP (ES et ESSMS-déclaration à l'ARS et gestion EIGS) R1413-67 CSP (définition EIGS) R1413-68 CSP (obligation de déclaration en interne et à l'ARS) Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des 11 dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p.25) HAS, Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.12 du guide d'évaluation de la HAS- recueil et le traitement des plaintes et des réclamations) Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ?	Oui Oui	Il existe : - Une procédure UGECAM de déclaration des EI, - Une fiche de déclaration interne "Pôle enfance médicosocial", - Des listes d'émargement de participation à la sensibilisation de déclaration aux EI ou EIG (2021, 2022 et 2023 et 2024), - Une charte d'incitation à la déclaration - Un registre des plaintes et réclamations des usagers. - Les professionnels de l'établissement déclarent dans le système de déclaration interne à l'OG qui filtre les informations qui en fonction déclare ou pas à l'ARS. Les professionnels de l'établissement sont formés et tous n'ont pas accès à l'outil de déclaration interne. L'encadrement ou la direction qui se charge de la qualification des différents types d'événements EI ou EIG et selon la gravité de leur transmission ou non à l'ARS.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI Une procédure de suivi et d'analyse des EI : - Est-elle formalisée ? R.331-8 CASF (obligation de déclarer les EI avec l'analyse détaillée) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (p25) HAS Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement 2024 - Permet-elle le remplissage du volet 2 de la déclaration des EI à l'ARS ? R1413-69 CSP (Le formulaire de déclaration à ARS) - Les mesures correctrices sont-elles incluses dans le PACQ ? HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.13.3 du guide d'évaluation de la HAS- déclarent et analysent en équipe les EI et mettent en place des actions correctives.)	Oui Oui Non	Il existe un rapport d'activité sur les événements indésirables pour le pôle enfance médicosocial de l'UGECAM (1er semestre 2024). Il existe une procédure relative aux modalités de signalement, d'analyse et de traitement des événements indésirables et des événements indésirables graves. Le PACQ ne prévoit pas la prise en compte des mesures correctives mise en place à la suite des EI/EIG.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Un retour est-il fait aux déclarants ?	Oui	Écart 19 : En en prévoyant pas dans le PACQ une prise en compte des mesures correctives suite à des EI/EIG, l'établissement ne respecte pas le référentiel HAS 2022.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes Les EIG sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS) <u>L331-8-1 CASF</u> (obligation de déclaration des EIG aux autorités) <u>R.331-8 à 10 CASF</u> (Modalités de déclaration EIG aux autorités) <u>Arrêté du 28/12/2016 modifié</u> (Nature des 11 dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives) <u>R1413-67 à 73 CSP</u> (déclaration et suivi des EIGS) <u>R1413-79 CSP</u> (déclaration des infections associées aux soins (IAS))	Oui	Le signalement des événements indésirables graves est effectué. Plusieurs exemples d'événements indésirables graves ont été transmis à l'ARS (2024).

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u> Selon la réglementation dans le CASF, l'équipe interdisciplinaire comporte au moins une équipe médicale, paramédicale et psychologique comprenant : <u>D312-59-9 (équipe interdisciplinaire)</u> <u>D312-56 (composition équipe médicale du SESSAD)</u> - Un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, le cas échéant exerçant dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile ; - Un pédiatre ou médecin généraliste ; - Un psychologue clinicien. En fonction du projet d'établissement, comprend ou associe tout ou partie des professionnels suivants : - Des orthophonistes ; - Des psychomotriciens ; - Les auxiliaires médicaux tels que mentionnés au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, requis (KM, IDE, ERGO...).	Non Oui Oui Oui Oui Oui	(D312-21 CASF) Au sein de l'établissement : 1° Il n'existe pas de psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence [REDACTED] ; 2° Il n'existe pas de pédiatre, ou, selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de l'établissement, un médecin généraliste. Il n'existe pas de médecin salarié actuellement au sein de la structure. Toutefois la structure a recours à un médecin généraliste qui voit les enfants au moins une fois par an et qui travaille à temps partiel. L'ETP effectif est difficile à déterminer puisque le travail effectué est rémunéré à l'heure. 3° Présence de [REDACTED] psychologues dont une à [REDACTED] et une autre de [REDACTED] par mois [REDACTED] ETP). 4° Présence d'une infirmière [REDACTED] ; 5° Il n'existe pas de kinésithérapeutes. L'établissement a établi deux conventions avec deux orthophonistes. Il y a un psychomotricien [REDACTED] Écart 20 : Le poste de médecin psychiatre n'est pas pourvu au sein de l'équipe soignante pour animer et coordonner les actions thérapeutiques (en lien avec le 3.11.2 – missions médicales) ce qui contrevient à l'article D312-59-9.
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.2. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure</u> Selon la réglementation du CASF, les éducateurs sont des catégories suivantes : D PSY <u>D312-59-10 CASF</u> (personnels éducatifs DITEP) SESSAD <u>D312-56 CASF</u> (personnels éducatif SESSAD) - Éducateurs spécialisés ;	Oui	Au sein de l'établissement : - Il y a des éducateurs spécialisés [REDACTED], un poste reste vacant [REDACTED] - Il y a des moniteurs éducateurs [REDACTED] .

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Éducateurs de jeunes enfants ; - Moniteurs éducateurs ; - AES ou AMP ou AVS ; - Éducateurs techniques spécialisés (enseignement professionnel).	Non Oui Non Non	
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.3. <u>Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure</u> La structure comporte-t-elle : - Assistant de service social ; - Secrétariat ; - Direction, DRH ;	Non Oui Oui	Il n'y a pas d'assistant de service social [REDACTED] à pourvoir) Il y a un secrétariat [REDACTED] Il y a une DRH [REDACTED], une direction adjointe [REDACTED] et une direction territoriale [REDACTED]. A noter que la répartition des ETP et de leurs missions manquent de clarté. Écart 21 : L'établissement doit pourvoir l'intégralité des postes financés dont : - le poste vacant réglementaire d'assistant de service social garantissant le recours aux compétences d'un service social conformément à l'Art D312-59-12 du CASF ; - le poste d'éducateur vacant.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.4. <u>L'inscription ordinaire pour les professions à ordre (médecin, IDE, kinésithérapeute, podologue)</u> Les professionnels ordinaires sont-ils inscrits à leur ordre respectif ? Médecins : <u>L4111-1 CSP et L4112-5 CSP</u> Pharmaciens : <u>L. 4221-1 (3°) CSP</u> Infirmiers : <u>L4311-15 CSP</u> Kinésithérapeutes : <u>L4321-10 CSP</u> Orthophoniste : <u>L4341-2 CSP</u> (enregistrement diplôme), Pédicures-podologues : <u>L4322-2 CSP</u> <u>L4314-4 CSP et L4314-5 CSP</u> (sanction exercice infirmier illégal)	Oui	L'infirmière est inscrite à l'ordre infirmier.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>Le taux d'absentéisme des professionnels</u> Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ? <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité résident)	Non	Le taux d'absentéisme des professionnels de la structure était de [REDACTED] en 2023,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité) Indicateur ANAP : Taux médian d'absentéisme en ITEP en 2023 : régionale IDF : 11,61 %		Écart 22 : Le taux d'absentéisme est supérieur au taux médian de la région Ile de France
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.6. Le taux de rotation des professionnels Le taux de rotation des professionnels excède-t-il le taux médian régional ? Indicateur ANAP : Taux médian de rotation des professionnels en DITEP en 2023 : régionale IDF : 16,29 %	Oui	Le taux de rotation des professionnels de la structure était de [REDACTED] en 2023 Le taux de rotation est inférieur au taux médian de la région Ile de France.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.7. Les dossiers administratifs des professionnels Les professionnels de la structure possèdent-ils les diplômes nécessaires à l'exercice du poste qu'ils occupent ?	Oui	Le contrôle des dossiers administratifs des personnels de l'établissement a été réalisé par sondage sur [REDACTED] dossiers des personnels travaillant sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes. A savoir : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
2.1. Gestion des ressources humaines	Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils : - Contrat d'embauche et les éventuels avenants ; - Diplôme ; Les professionnels ont-ils tous un diplôme correspondant à leur fonction ? DITEP : D312-59-9 CASF Travailleur social : L451-1 CASF (formation et agrément) Educateur spécialisé : D451-41 CASF (mission/diplôme), Moniteur-éducateur : D451-73 CASF (diplôme/mission) IDE : D4311-16 CSP (diplôme), AS : L.4391-1 CSP (diplôme), Arrêté du 10/06/2021 (formation DE-AS)	Oui Oui	Pour chaque dossier sondé, le professionnel dispose d'un contrat d'embauche. Pour chaque dossier sondé, le professionnel dispose du diplôme réglementaire.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	Kiné D4321-14 CSP (diplôme), Enseignant en activité physique adaptée (APA) : D1172-2 CSP (diplôme) Orthophoniste : L4341-1 CSP (missions), L4341-3 CSP (diplômes équivalent) Psychomotricien : L4332-1 CSP (missions), L4332-2 CSP (diplôme) AES (AMP,AVS): D451-88 et D451-89 CASF (diplôme AES (AMP,AVS)), Arrêté du 29/01/2016 (formation DE- AES (AMP,AVS)- suivi de la carrière ; - Inscription à l'Ordre ; Obligation d'inscription aux ordres ; Médecins : L4111-1 CSP et L4112-5 CSP Pharmaciens : L. 4221-1 (3°) CSP IDE : L4311-15 CSP Masseurs-kinésithérapeutes : L4321-10 CSP Pédicures-podologues : L4322-2 CSP L4314-4 CSP et L4314-5 CSP (sanction exercice infirmier illégal) - L'original de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route signé par l'employeur et le salarié (REMARQUE UNIQUEMENT) - Entretien d'évaluation périodique L6315-1 Code du travail (entretien professionnel-Secteur privé) L521-1 à 5 Code Fonction publique (appréciation de la valeur professionnelle tous les ans-Secteur public) La consultation des bulletins du casier judiciaire (B3 [privé], B2 [public]) est-elle tracée dans un fichier de vérification ? Décret 2019-381 du 29 avril 2019 (Professions réglementées nécessitant la consultation du casier judiciaire pour protéger la sécurité des personnes et des biens) L133-6 CASF (incapacité de travailler en ESSMS si condamnation pour crime ou délit cités dans l'article) CNIL-Secteur privé-déclaration de vérification des casiers (B3) dans un fichier de gestion du personnel sans garder de copie, fichier envoyé à l'ARS)	Oui	Le dossier de l'IDE comprend l'inscription ordinale.
		Non	Pour ■ des professionnels la fiche de poste est manquante dans le dossier, pour l'un des professionnels la fiche de poste n'est pas signée.
		Non	Pour ■ des professionnels le compte-rendu d'entretien professionnel est absent du dossier. Pour ■ des professionnels l'entretien professionnel date de plus de 2 ans.
		Non	Les extraits B3 du casier judiciaire sont présents dans le dossier informatique du personnel. L'établissement ne trace pas la consultation des B3. Les demandes de B2 n'ont pas été effectuées dans le respect de la procédure qui doit être mise en place lors du recrutement des salariés. La mission a relevé un extrait de B2 pour lequel le résultat donne lieu à une discussion juridique (en dehors de la mission d'inspection). Écart 23 : Le suivi des dossiers administratifs des professionnels de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation et aux bonnes pratiques : - Certaines fiches de postes sont absentes; - Les comptes-rendus d'entretiens professionnels sont absents; - Les extraits des casiers judiciaires B3 sont présents de longues dates dans les dossiers, seule la preuve de traçabilité de la consultation des casiers judiciaires sous forme de registre attesté par la direction doit demeurer ; - Absence de B2 dans les dossiers administratifs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.8. Le plan de formation des professionnels		
	Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ?	Non	Les plannings de formation transmis pour 2025 concernent les [REDACTED] du site de Saint-Thibault-des-Vignes et portent sur des formations individuelles, au titre de la VAE, de la montée en compétences, des réorientations professionnelles ou des promotions internes. Les plannings demandés de l'année N-1 soit 2024 n'ont pas été fournis.
	HAS, « <u>Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</u> », 2008		
	HAS, « <u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance</u> », 2008		
	Y-a-t-il des formations en interne au sein de la structure ?	Non	Des formations internes sont mises en place, cependant aucune traçabilité n'est effective.
	Les professionnels ont-ils accès aux formations relatives :		Aucune des formations AFGSU, AFGSU SSE, relatives à la sécurité incendie et à la sécurité et santé mentale du travailleur n'apparaît dans les documents demandés.
	- Aux gestes d'urgence (AFGSU) ; <u>Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence - Légifrance</u>	Non	
	- A la sécurité incendie ; <u>Article J 3 - Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).</u>	Non	
	- Aux situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU SSE) ;	Non	
	- A la sécurité et santé mentale du travailleur (issu notamment du DUERP).	Non	
	<u>L4121-3 code du travail</u> (DUERP : évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs) (REMARQUE UNIQUEMENT)		
	- A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance ;	Non	Ces formations ont été évoquées lors des échanges cependant aucune traçabilité de ces formations n'apparaît dans le plan de formation.
	- Aux troubles du comportement et/ou sensoriels ;	Partiellement	Sur l'année 2025, un éducateur spécialisé est inscrit à la formation « trouble du comportement et TDAH chez l'enfant » : l'essentiel de la clinique, de l'évaluation et de l'accompagnement.
	- Aux « comportements problèmes » ;	Partiellement	Les formations aux comportements problèmes ne sont pas tracées dans le plan de formation.
	- Aux communications alternatives (Makaton (vocabulaire fonctionnel composé de signes et de pictogrammes), PECS (système de communication fondé sur l'échange d'images), ...).	Partiellement	Ce type de formation n'est pas recensé dans le plan de formation et n'a pas été évoqué lors des entretiens. Une formation relative au dessin d'enfant est mentionnée pour une psychologue de l'établissement.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	HAS- RBPP- <u>Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent</u> <u>Méthode Recommandations par consensus formalisé-2012</u> CRAIF- <u>Centre de ressources autisme Île de France</u> <u>Quels outils et méthodes d'intervention</u>		Écart 24 : Le plan de formation ne trace pas l'ensemble des formations, notamment les formations internes organisées par l'établissement et l'organisme gestionnaire. Le plan de formation demandé pour l'année N-1 n'a pas été fourni. Les formations réglementaires : AFGSU et formation incendie ne sont pas prévues au plan de formation.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.9. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u> Existe-t-il une procédure d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un professionnel ayant une qualification égale ou supérieure ? HAS « <u>La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre</u> », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne ») HAS « <u>Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées</u> » juillet 2008 Les nouveaux arrivants disposent-ils : - D'un identifiant/mot de passe individuel ; - D'une fiche de tâches heurées ; - Des procédures d'urgences et de soins ; - De la procédure de signalement ; - De la procédure de prescription de contention.	Partiellement Non Non Non Oui Oui	Une procédure d'accueil destinée au service des ressources humaines et à l'encadrement a été transmise pour l'accueil de nouveaux collaborateurs. Le livret d'accueil à destination du nouveau salarié (CDI ou CDD) n'a pas été remis à la mission d'inspection alors qu'il est mentionné dans la procédure mentionnée supra. Il n'existe pas de procédure transmise faisant l'objet d'accompagnement dans les faits des nouveaux professionnels arrivants. Non Non Non Oui Non Remarque 10 : Le livret d'accueil destiné aux nouveaux arrivants n'a pas été transmis. La procédure interne destinée au service RH et aux encadrants ne permet pas de vérifier si les nouveaux arrivants sont accompagnés par un référent et s'ils disposent des documents attendus tels que les fiches de tâches heurées, la procédure d'urgence et de soins, la procédure de prescription de contention et les identifiants informatiques. Ceci contrevient aux RBPP de la HAS.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.10. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) <u>Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS</u> (HAS - 08/03/2022) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 page 17 Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que : - Réunions d'équipe/service/secteur ; - Réunions Direction/professionnels ; - Réunion de direction (direction/chef de service).	Oui Oui Oui	Une réunion institutionnelle et organisationnelle est menée [REDACTED] sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes. Des réunions multisites sont aussi organisées.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.11. L'organisation générale du planning des professionnels L'organisation générale (trame) des plannings est-elle formalisée dans un document ? Comment est organisée la planification des professionnels ? (Roulement de travail, répartition des professionnels sur la journée, planification des temps de pause, répartition sur la semaine, horaires des professionnels, repos entre 2 prises de poste, ...)	Oui Non	Organisation hebdomadaire. La répartition semble être effectuée sur l'ancienne organisation de l'établissement à savoir : [REDACTED] Cette organisation ne reflète pas un fonctionnement en plateforme. Les entretiens indiquent qu'il n'y a pas de temps de pause définie. En effet les professionnels déjeunent avec les usagers et conviennent entre eux d'une pause si nécessaire.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.12. Les plannings des professionnels Les plannings comportent-ils : - La date ; - Le n° de version ; - La mention de la qualification des professionnels (IDE, Educateur, faisant-fonction, ...) et de la fonction effectivement assurée (IDE, Educateur, ...) ; - Les étages / unités d'affectation ; - Les temps de travail ; - Les temps de pauses ;	Oui Non Non Partiellement Oui Non	Il n'y a pas de planning infirmier et il existe une seule IDE au sein de l'établissement. Il est fait mention d'anciens locaux (désormais fermés)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les absences et leur motif ; - Une légende actualisée.	Oui Oui	
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.13. Analyse des plannings Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent-ils aux effectifs prévus sur les plannings ? Les plannings réalisés et prévisionnels permettent-ils une prise en charge sécurisée et de qualité avec les professionnels diplômés requis par unités et sans glissement de tâches ?	Non Non	Les plannings sont effectués avec les noms de professionnels et non pas les profils métiers. Par ailleurs il n'y a pas de feuille de présence ni de badage au sein de l'établissement. En l'absence de l'infirmière ce sont les éducateurs qui font la distribution des médicaments qui sont formés à cette tâche. Néanmoins la mission d'inspection s'interroge sur le processus de distribution médicamenteuse en cas d'absence prolongée de l'IDE (remplacement de l'IDE, préparation des piluliers). Remarque 11 : Les plannings ne mentionnent pas la qualification des professionnels en poste notamment lorsqu'il s'agit de professionnels remplaçant (faisant fonction). Remarque 12 : Il n'y a pas de processus de remplacement de l'IDE en cas d'absence supérieure à 15 jours.
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.14. Les fiches de poste des professionnels Les fiches de postes/missions/tâches respectent-elles les compétences des référentiels métier ? Les fiches de poste comportent-elles : - Description des fonctions ; - Lien hiérarchique ; - Horaires de travail ; - Prévention et gestion des risques en lien avec le poste.	Partiellement Partiellement Non Non Non	Les fiches de poste ne respectent pas les référentiels métier. Remarque 13 : Les fiches de poste des professionnels ne respectent pas les référentiels métier et ne comportent pas les rubriques attendues.
2.1- Gestion des ressources humaines	2.1.15. Les glissements de tâches Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?	Partiellement	Il existe une procédure depuis 2024 de circuit du médicament dont la distribution et qui explique les modalités de délégation sur les périodes n'excédant pas 15 jours d'absence de l'IDE.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<u>L 4391-1 du CSP</u> (exercice aide-soignant) et <u>arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS</u> <u>D451-88 et -89 CASF</u> et <u>annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES</u> (missions AES (AMP,AVS)) <u>R4311-1 CSP</u> (missions IDE) <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité de l'utilisateur)		Remarque 14 : La mission d'inspection constate l'absence de procédure de délégation en cas d'absence prolongée de l'IDE au-delà de 15 jours.

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u> Un registre unique du personnel est-il tenu à jour ?	Oui	
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre des présences quotidiennes</u> Un registre des présences est-il tenu à jour quotidiennement ? <i>DITEP : D312-59-7 2° CASF (registre des présences quotidiennes)</i>	Non	Absence d'un registre. Écart 25 : L'absence de registre des présences quotidiennes contrevient à l'Art. D312-599-7 2° du CASF.
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u>		Différents éléments ont pu être collectés et analysés avec notamment des accès aux dossiers informatisés sur place le jour de l'inspection ainsi qu'un accès à distance pour le médecin. Des entretiens ont également été effectués. La traçabilité des dossiers médicaux est complexe à analyser car selon les enfants/jeunes le remplissage des dossiers dans le logiciel métier n'est pas toujours identique avec parfois, un dossier intitulé "volet médical" parfois un "volet infirmier" parfois les 2 volets. Ils ne sont pas toujours remplis. Il existe des comptes-rendus médicaux ou d'imagerie, des traces des vaccinations dans les dossiers de soins informatisés. Ces documents sont gérés par l'infirmière.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	Un dossier est-il tenu à jour pour chaque usager ? <i>DITEP <u>D312-59-6 CASF</u></i>	Non	Les informations sont parfois anciennes (2023). Les DLU sont actualisés et imprimés 2 fois par an par l'infirmière. Un questionnaire médical rempli par les familles est intégré dans le dossier informatisé ainsi que des autorisations de soins et des autorisations d'administrer un médicament. D'après l'entretien téléphonique avec la médecin généraliste libérale qui intervient sur demande de l'infirmière au sein de l'établissement, une observation médicale est tenue à jour dans le logiciel à chaque intervention ainsi que dans le carnet de santé. Les jeunes de St-Thibault voient une fois par an la médecin généraliste. Il existe un document relatant les conclusions de l'examen médical. Néanmoins ces documents ne comportent pas toujours le nom du médecin les ayant rédigés. Les documents remplis ne comportent pas toujours l'identité de l'enfant/jeune. Écart 26 : La tenue des dossiers médicaux contrevient à l'art D-312-59-6 du CASF. Remarque 15 : La gestion des dossiers n'est pas harmonisée : les pratiques de suivis différentes représentent un risque pour la qualité du suivi des usagers.
	Le dossier administratif des jeunes comporte-t-il les documents réglementaires suivants : <i>DITEP <u>D312-59-5</u> et <u>D312-59-6 CASF</u></i>		■ dossiers administratifs ont été contrôlés par sondage.
	- 1° Dossier établi lors de l'admission / Evaluation des besoins à l'admission / Notification CADPH décision d'orientation / DUDA ;	Non	Le DUDA et le document d'évaluation des besoins à l'admission sont systématiquement manquants.
	- 2° Autorisation parentale pour prise en charge en urgence ;	Oui	Présent dans le dossier.
	- 3° Contrat de séjour ou Document individuel de prise en charge (DIPC) ;	Non	Présent dans le dossier et non conforme : Le même formulaire utilisé pour les 5 DIPEC n'est pas conforme :

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- 4° Projet personnalisé d'accompagnement / Projet personnalisé de scolarisation ; - 5° CR réunion de synthèse ; - 6° CR de l'acquisition scolaire et formation professionnelle ; - 7° Informations sur le devenir du jeune pendant 3 ans après la sortie. Le(s) dossier(s) est(sont)-il(s) tenu(s) à jour pour chaque usager ? DITEP : <u>D312-59-6</u>	Partiellement Non Non Oui Non	Absence de mentions relative à la recherche du consentement éclairé, désignation de la personne de confiance [REDACTED], directives anticipées [REDACTED] ; 4 des 5 DIPEC présentés ne sont signés ni par le représentant légal ni par le responsable de la structure. CF 3.1.3 Présent dans le dossier : Seuls 4 des 5 PAP ont fait l'objet d'une mise à jour annuelle. Les PPS ne sont pas présents dans les dossiers administratifs. Les CR de réunion de synthèse ne sont pas présents dans les dossiers. Les réunions de synthèse sont annuelles et les CR sont portés dans le PPA et rédigés par la psychologue. Documents absents Écart 27 : Les dossiers administratifs des résidents ne sont pas à jour et ne comprennent pas l'ensemble des pièces réglementaires. Les formulaires DIPEC utilisés ne sont pas conformes à la réglementation (cf. 3.1.3)
2.3. Gestion d'information	2.2.4. La traçabilité des interventions des professionnels de soins internes ou externes dans les dossiers médicaux et de soins La traçabilité des interventions des professionnels de soins est-elle effective ? <u>R4311-1 CSP</u> (mission IDE de recueil données cliniques) <u>R4311-2 CSP</u> (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins) <u>R4311-3 CSP</u> (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers) <u>R4321-2 CSP</u> (transmission info et bilan du kiné au médecin prescripteur) <u>L1111-7 CSP</u> (usager a accès à ses infos de santé/Autorité parentale si mineur)	Partiellement	Le logiciel [REDACTED] permet pas une traçabilité efficiente. Le changement du logiciel métier est prévu pour le logiciel [REDACTED] Il existe dans le logiciel [REDACTED] la possibilité de créer des fiches d'intervention qui sont utilisées pour tracer les événements liés aux soins. Pour la traçabilité des dispensations des médicaments, il existe une fiche papier à compléter. Remarque 16 : La complexité du logiciel actuellement utilisé et la multiplicité des supports de traçabilité rendent aléatoire la traçabilité des soins dans le dossier de l'usager (en lien avec l'item 3.11.5-prestataires extérieures).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.5. Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ? <u>D312-59-6 (dernier alinéa) CASF</u> <u>L311-3 (4°) du CASF</u> (confidentialité des infos concernant le résident) <u>L1110-4 CSP</u> (respect vie privée et secret professionnel lors de la transmission d'informations concernant un résident) <u>R4127-45 CSP</u> (secret médical et transmissibilité des informations médicales)	Oui	Les dossiers médicaux et/ou de soins sont informatisés dans le logiciel métier [REDACTED] accessibles par des codes personnalisés. Il existe un certain nombre de dossiers papiers dont le stockage est également sécurisé.

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR) Les locaux sont-ils conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de : <i>D312-59-17 citant le <u>D312-32 CASF</u> (accessibilité conforme des locaux)</i> - Accessibilité ?	Non	Un membre de la mission d'inspection a eu un accident lors de la visite des locaux.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	- Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ? Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptées aux handicaps des personnes accueillies ? <u>L. 311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité de l'utilisateur)	Oui	
		Oui	
		Partiellement	La signalétique est faite sur une partie des locaux mais il n'y a pas d'affichage d'indication de direction pour se repérer (ex : locaux éducatifs signalés par des fresques). Les pancartes affichent encore les termes "SESSAD".
			Écart 28 : La signalétique n'est pas en corrélation avec l'organisation réelle de la plateforme.

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1. Locaux La structure dispose-t-elle : (selon les besoins) DI : D312-27 CASF (locaux) - D'une cuisine ; - D'une buanderie ; - D'un atelier technique ; - De locaux des professionnels (toilettes inclus) distincts de ceux dédiés aux jeunes. DITEP D312-59-17 citant : D312-29 CASF (locaux professionnels distincts de ceux des jeunes) Les locaux sont-ils propres ? DITEP D312-59-17 citant : (hygiène des locaux)	Oui Oui Oui Oui Oui	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.2. La salle d'apaisement La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait et l'apaisement des usagers ? ANESM « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement »-2016 RBPP « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » -ANESM-2009 Quels équipements sont disponibles dans la salle d'apaisement ?	Oui	Le jour de la visite cet espace était en travaux. La salle n'a pas été visitée et n'est pas utilisée le jour de l'inspection. Remarque 18 : La salle d'apaisement est fermée pour une durée non connue et sans lieu de substitution.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. Les chambres : mixité Mixité des chambres (enfant de plus de 6 ans) ? DITEP D312-59-17 citant : D312-28 CASF (mixité des chambres)	Oui	A ce jour, ■ chambres individuelles destinées aux enfants sont en place (non mixité effective).
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.4. Chambre : architecture La superficie des chambres est-elle réglementaire : DITEP D312-59-17 citant : D312-28 CASF (superficie des chambres) - Chambre seule : 9 m² ? L'agencement des chambres préservent-il l'intimité des usagers ? DITEP D312-59-17 citant : D312-28 CASF (intimité des chambres) Les locaux dédiés aux usagers sont distincts de ceux réservés aux professionnels ?	Oui Oui Oui	Les chambres ont une superficie variant entre ■ incluant les locaux de toilettes et disposent d'une salle de bain d'une superficie approximative de ■ fermant à clé. Les locaux destinés aux enfant sont distincts de ceux destinés aux professionnels.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	DITEP D312-59-17 citant : D312-29 CASF (locaux distincts entre usagers et professionnels)		
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.5. Les pièces d'eau <u>Les salles de bains</u> Les installations d'eau sont-elles accessibles aux usagers ? DITEP D312-59-17 citant : D312-31 CASF (point d'eau accessibles aux usagers) Des points d'eau sont-ils : DITEP D312-59-17 citant : D312-31 CASF (points d'eau) - Installés près des chambres et des salles à manger ? <u>Les baignoires et douches</u> La structure dispose-t-elle ? DITEP D312-59-17 citant : D312-31 CASF (douches pour 6 usagers + baignoires) - De douches pour au plus 6 usagers ? <u>Les WC</u> Des WC dédiés aux usagers sont-ils installés : DITEP D312-59-17 citant : D312-30 CASF (Localisation des WC) - À proximité des chambres ? - À l'extérieur de la structure ?	Oui Oui Oui Oui Oui Oui Oui Oui	Oui Oui Oui une par chambre Oui Oui Oui

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	2.5.1. Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI) Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ? R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI) Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ? Arrêté du 7 septembre 1999 (modalités d'entreposage des DASRI et pièces anatomiques)	Non Non	Il n'existe pas de contrat d'enlèvement des DASRI. Il est indiqué à la mission d'inspection une entente avec la pharmacie partenaire récupérant les boîtes OPCT et fournissant de nouveaux contenants. En général, une boîte est ouverte au moment des vaccinations. Sinon elle est changée [REDACTED] par an. Le jour de l'inspection, la boîte OPCT en cours n'est ni datée, ni fermée de manière provisoire.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le marquage des emballages DASRI est-il conforme ? <u>R1335-6 CSP</u> (conditionnement, marquage et stockage des DASRI) <u>Arrêté du 24 novembre 2003</u> (emballages des DASRI et pièces anatomiques)	Oui	<u>Écart 29 :</u> L'absence de contractualisation avec un prestataire d'enlèvement des DASRI contrevient à l'art. R1335-3 du CSP. L'absence de lieu de stockage contrevient à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. L'admission <u>L241-6 CASF</u> (admissions)		La procédure d'admission transmise datée de septembre 2024 est conforme. Cependant, la situation actuelle de l'établissement ne permet pas la mise en œuvre de cette procédure : - Le poste [REDACTED] - Les coordinatrices de parcours la remplacent sur ces missions d'admission. - Le poste de médecin psychiatre n'est pas pourvu. - L'IDE n'est pas associée à la décision d'admission. Elle est en contact avec les familles et les jeunes après la décision d'admission et ce depuis décembre 2024.
	Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission ?	Oui	Remarque 19 : La procédure d'admission décrite implique la présence d'un médecin psychiatre et d'une assistante sociale de l'établissement mais ne prévoit pas le fonctionnement en cas de vacances de ces postes.
	Existe-t-il une commission d'admission ?	Oui	Une fois par mois avec l'ensemble des responsables (travail sur les notifications reçues par la MDPH), il y a une présentation du dossier à l'équipe pluridisciplinaire (nomme un référent).
	Qui donne son avis sur les dossiers d'admissions ?	Oui	Il existe une commission pour évaluation des besoins entre responsable d'unité, psychologue et coordonnateur de parcours.
	Le directeur informe-t-il la MDPH dans un délai de 15 jours les admissions prononcées ? <u>D312-59-14 CASF</u> (MDPH prévenu dans les 15 jours des admissions)	Oui	
	Y a-t-il une visite de préadmission pour l'usager et sa famille ?	Oui	La visite de préadmission comprend un entretien avec l'infirmière.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)</u> Un contrat de séjour ou un DIPC est élaboré à l'admission de l'utilisateur ? <u>L311-4(4^e alinéa) CASF</u> (contrat de séjour)	Oui	Oui
	La participation et le consentement de l'utilisateur sont recherchés lors de l'élaboration du contrat de séjour ou du DIPC ? (Signature de l'utilisateur ou son représentant légal) <u>L311-4(4^e alinéa) CASF</u> (participation de l'utilisateur au DIPC) <u>L311-4(5^e alinéa) CASF</u> (consentement de l'utilisateur au DIPC)	Non	Le formulaire du DIPC ne mentionne ni la recherche du consentement éclairé ni la désignation de la personne de confiance (18-20 ans). Le DIPC n'a pas été mis à jour, il ne reflète pas la transformation de l'offre vers un fonctionnement en plateforme. Deux versions de DIPC ont été transmises au lieu d'une seule pour tout le DITEP. Écart 30 : Le DIPC n'est pas conforme aux dispositions de l'art L.311-4 alinéas 4 et 5 du CASF.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>Le livret d'accueil</u> Un livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal ? <u>L311-4 CASF</u> (livret d'accueil remis à l'utilisateur et son représentant légal)	Oui	Le livret d'accueil n'est pas à jour. Il ne reflète pas la réorganisation du DITEP sur les 3 sites de Coulommiers, Saint-Thibault et Bois-le-Roi.
	Le livret d'accueil comprend-il : <u>L311-4 CASF</u> (contenu livret d'accueil) <u>Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004</u> contenu du livret d'accueil - La charte des droits et libertés de la personne accueillie ; - Le règlement de fonctionnement.	Oui Non	Oui Le règlement de fonctionnement n'est pas remis à l'utilisateur Écart 31 : Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'art L311-4 du CASF.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>Les médecins traitants</u> Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?	Non	Il a été constaté que [REDACTED] les jeunes ne possèdent pas de médecins traitants identifiés par la structure. Remarque 20 : Tous les jeunes n'ont pas accès à un médecin traitant.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. <u>La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers</u> L'emploi du temps du jeune est-il conforme au PPA ? Le directeur assure-t-il la coordination avec les intervenants extérieurs ? DITEP D312-59-7 5° CASF	Non investigué Non investigué	
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.6. <u>Les transmissions inter équipes</u> Les temps de transmissions inter-équipes sont-ils planifiés ? Si oui, le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter-équipes ? Qui assure le pilotage des transmission inter-équipes ? Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orales) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ? Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) <u>L. 311-3 (4°) CASF</u> (confidentialité des infos concernant le résident) <u>R4311-1 CSP</u> (mission IDE de recueil données clinique) <u>R4311-2 CSP</u> (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)	Non investigué Non investigué Non investigué Non investigué	L'hébergement est inactif depuis plusieurs années, de ce fait aucune équipe de nuit n'est en place. Ces points de contrôle n'ont donc pas été observés.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.7. <u>L'amendement Creton</u> La structure accueille-t-elle des usagers de plus de 20 ans au titre de l'amendement Creton ? <u>L242-4 CASF</u> (placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans) L314-1 CASF	Oui	Aucune personne ne relevant de l'amendement Creton n'est accueillie au sein de la structure. Les éléments recueillis lors de l'inspection sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes établissent une fin de prise en charge aux alentours de 16 ans. La structure déclare que les jeunes accueillis n'ont plus de besoin d'accompagnement après cet âge. D'après les listes des enfants accompagnés par les équipes des sites de Bois-le-Roi et de Coulommiers, il apparaît que plusieurs jeunes accompagnés sont âgés de 16 à 20 ans.
	3.1.8. <u>La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	La sortie des usagers est-elle anticipée auprès de la MDPH ? <i>Temps de réponse de la MDPH aux demande d'orientation : 4 mois (infos vu sur Cerfa N°15692*01)</i> <i>Temps de recherche d'un nouvel établissement</i>	Oui	
	Existe-t-il des fins de prise en charge sans décision préalable de la CDAPH ?	Non	Il existe des fins de prise en charge sans décision préalable de la CDAPH.
	Les décisions et les motifs de sortie de l'usager sont-ils gardés dans le dossier de l'usager ?	Non investigué	Les 5 dossiers administratifs contrôlés ne concernent pas les enfants ayant fait l'objet d'une décision de sortie.
	Un suivi des usagers est-il réalisé durant au moins les 3 ans suivant la sortie de la structure pour faciliter l'insertion professionnelle et sociale ?	Non	La démarche n'est pas formalisée, l'établissement informe juste oralement les familles. Le protocole de sortie indique ce suivi mais datant de septembre 2024 il n'est pas mis en œuvre.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	Les informations dont dispose l'établissement sur le devenir du jeune pendant un délai de trois ans après la sortie définitive sont-elles gardées dans le dossier des usagers ? <i>DITEP D312-59-2 5° CASF</i>	Non	Dans le logiciel métier MEDIATEAM, il existe un item entrée/sortie avec un motif inscrit quand il y a une sortie d'un résident. Une procédure sur les modalités de sortie a été fournie lors de l'inspection. Celle-ci a été effectuée en 2024. Écart 32 : Malgré la mise en place d'une procédure de suivi des usagers dans les 3 ans suivant la sortie, l'établissement indique ne pas accomplir la démarche de suivi ce qui contrevient à l'art D312-59-2 5° du CASF.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.9. Le service social		Actuellement le poste d'assistante sociale n'est pas pourvu et ce depuis 2 ans et demi.
	L'établissement fait-il recours aux compétences d'un service social ? D312-59-12 CASF Le régime de protection juridique des enfants arrivant à majorité est-il anticipé ? (Tutelle, curatelle, etc...)	Non Non investigué	Écart 33 : Le poste d'assistante sociale prévu au sein de l'établissement est vacant depuis [REDACTED] L'établissement n'indique pas comment palier cette absence, ce qui contrevient à l'art D312-59-12 du CASF.

3.2. Les projets personnalisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.1. <u>Projet personnalisé d'accompagnement (PPA) ? :</u>		
	Chaque usager a un projet personnalisé d'accompagnement? <i>DITEP D312-59-5</i> <i>L311-3 (3°) CASF (PPA et consentement l'utilisateur)</i>	Oui	Sur les ■ dossiers d'utilisateur contrôlés il est noté l'existence de PPA.
	Les-PPA sont-ils régulièrement actualisés ?	Partiellement	Tous les ans dans le cadre d'une synthèse en équipe pluridisciplinaire avec restitution aux familles et signature. Écart 34 : Les PPA ne sont pas systématiquement mis à jour et les projets personnalisés de scolarisation ne sont pas systématiquement annexés aux PPA. Cette situation contrevient aux art L311-3 3° et D312-59-5 du CASF.
	Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ? <i>D312-59-8 (CASF)</i> <i>D312-59-10 (alinéa 2) CASF</i>	Non	Dans la procédure, un référent éducateur est nommé lors la commission d'admission, mais dans les faits, la mission constate que tous les enfants n'ont pas de référents. Écart 35 : La situation des effectifs éducatifs ne permet pas la désignation d'un référent éducateur pour chacun des enfants du groupe primaire, ce qui contrevient aux art D312-59-8 et D312-59-10 du CASF.
	Les PPA prévoient-ils une partie pédagogique, éducative et thérapeutique ? <i>L311-3 (3°) CASF (PPA et consentement de l'utilisateur)</i> <i>D312-59-5 (2°) CASF</i>	Oui	Oui
	Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PPA ? <i>D312-59-3 alinéa 1 CASF</i>	Non	La famille ne participe pas à la synthèse pour l'élaboration. mais une restitution est faite dans un deuxième temps. Écart 36 : La famille n'est pas associée en amont à la démarche d'élaboration du PPA ce qui contrevient à l'art D312-59-3 du CASF.
	Les équipes médico-psychopédagogiques font-elles parvenir aux familles : <i>D312-59-3 (alinéa 4)</i>		Présentation aux familles et signature

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Un bilan complet sur la situation de l'utilisateur, tous les ans ?	Oui	
	- Existe-t-il des réunions de synthèse régulières ? <u>D312-59-7 (3°)</u>	Oui	1 fois par an
	Les PPA prévoient-ils : - L'enseignement et le soutien permettant à chaque enfant de réaliser, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation, en référence aux programmes scolaires en vigueur, les apprentissages nécessaires ; - Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent et à faciliter la communication et la socialisation ? <u>D312-59-2 (4°) CASF</u> <u>D312-59-6 (alinéa 1) CASF</u> <u>D312-59-10 (alinéa 1) CASF</u>	Non Non investigué	Les plans personnalisés de scolarisation sont bien pris en compte mais ne sont pas annexés au PPA

3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.1. Les personnes qualifiées départementales L'arrêté relatif à la désignation des personnes qualifiées et les modalités de recours sont-elles portées à la connaissance de la personne accueillie et de sa famille (affichage obligatoire et outils de la Loi 2002-2) ? <u>L311-3 (6°) CASF</u> (info de l'utilisateur sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) <u>L311-5 CASF</u> (appel à une personne qualifiée)	Non	L'arrêté relatif à la désignation des personnes qualifiées affiché dans l'établissement n'est plus à jour. Écart 37 : En portant à la connaissance des usagers et de leur famille des informations erronées sur les personnes qualifiées, la direction de l'établissement contrevient aux Art L311-3 (6°) et L311-5 CASF.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. La personne de confiance des usagers Les usagers et les familles sont-ils informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP) ?	Non	Ni le DIPIC, ni le RF ni le LA n'informent de la possibilité de désigner la personne de confiance pour les jeunes majeurs pris en charge au sein

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	D311-0-4 CASF (ESSMS informe l'utilisateur sur la personne de confiance) Annexe 4-10 CASF (désignation et mission de la personne de confiance) Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission dans le dossier des usagers ? L311-4 (alinéa 4) CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L311-5-1 CASF (désignation d'une personne de confiance)	Non	du DITEP. Aucun de ces documents ne comprend dans ces annexes les formulaires réglementaires de désignation et de révocation de la personne de confiance. Les personnes de confiance ne sont pas identifiées dès l'admission dans le dossier des usagers. Écart 38 : Ni le DIPC, ni le règlement de fonctionnement ni le livret d'accueil n'informent de la possibilité de désigner la personne de confiance pour les jeunes majeurs pris en charge au sein du DITEP. L'utilisateur majeur n'est pas informé et ne peut identifier la personne de confiance de son choix ce qui contrevient aux articles D311-0-4, L311-5-1 du CASF et L1111-6 du CSP.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.3. L'identification des usagers (identitovigilance) Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? photos, étiquette, bracelet, ... L311-3 (1°) CASF (Sécurité des usagers)	Oui	Les photos et les étiquettes sont utilisées au sein de la structure.

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.1. Relations avec les familles Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ? L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ? D312-59-3 CASF (accompagnement des familles et entourage) vérifier DITEP La structure accompagne-t-elle les familles et l'entourage habituel des usagers,	Oui Oui Oui	Les familles sont invitées à rencontrer les professionnels de manière régulière. Les professionnels de l'établissement accompagnent les familles de la structure.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y-a-t-il un moyen de communication entre la structure et les familles (cahier de liaison, réunion, mail, journée à thème, journée portes ouvertes aux familles, ...) <u>D312-59-2 (3°) CASF</u> Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ? <u>D312-59-17 (alinéa 6) CASF</u>	Oui Non	<u>Écart 39 :</u> L'établissement ne dispose pas de locaux à dédiés à l'accueil des familles ce qui contrevient à l'article D312.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. Organisation de sortie extérieure La structure organise-t-elle des sorties extérieures : - Sur une journée ; - Sur plusieurs jours ?	Oui Non	<u>Remarque 21 :</u> Selon les éléments recueillis sur place, il apparaît que les séjours de plusieurs jours à l'extérieur de la structure ne sont pas organisés.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. Vie relationnelle, affective et sexuelle Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ? Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ? Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ? <u>Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147</u> 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. 5 juillet 2021	Oui Non Non	Il n'existe pas de procédure relative au respect de la vie affective des usagers. <u>Écart 40 :</u> L'absence de procédures relatives à l'intimité ou au respect de la vie affective de l'utilisateur contrevient à la circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 et à l'art L311-3 du CASF.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. Le transport des jeunes Y a-t-il une organisation pour le transport des jeunes : - Entre leur domicile et la structure ? - Entre la structure et les écoles ?	Oui Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y a-t-il des conventions passées avec les chauffeurs ou opérateurs de transport ?	Oui	Les transports entre le domicile, la structure et les écoles sont assurés par un opérateur qui a été choisi dans le cadre d'un appel d'offre.

3.6. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne Hébergement	3.6.1. <u>L'hébergement</u>		
	L'hébergement est-il :		
	- Dans les locaux du DITEP ?	Non	Les locaux prévoient les chambres pour l'hébergement mais celui-ci n'est pas en fonctionnement le jour de l'inspection. Selon les informations recueillies sur place l'hébergement est fermé depuis 2020 par manque de personnel et aucune déclinaison hors les murs n'a été mise en place.
	- En dehors des locaux du DITEP ?	Non	
	- A quelle distance du DITEP ?		
	Quelle est la capacité de l'internat (nombre de places intra-muros et hors les murs) ?		Sur le seul site visité du DITEP sur le site de Saint-Thibaut-des Vignes, la capacité de l'internat est de 5 chambres.
	Y a-t-il un règlement de fonctionnement de l'internat ?	Non	
	Quels sont les jours et horaires de fonctionnement de l'internat ?		
	La surveillance de nuit est-elle adaptée et organisée ?	Non	En raison de la suspension de l'activité de l'hébergement ce point de contrôle n'a pas été investigué.
	Les professionnels de l'hébergement sont-ils salariés du DITEP ?	Non	Nb d'ETP : en raison de l'inactivité de l'hébergement la structure n'affecte aucun personnel au service d'hébergement.
	Des activités sont-elles programmées pour occuper le temps libre des usagers ?	Non	Écart 41 : En l'absence de fonctionnement de l'hébergement, les activités éducatives sur les temps d'hébergement ne peuvent être évaluées. En l'absence de fonctionnement de l'hébergement, l'établissement ne répond pas à l'arrêté d'autorisation, il ne fonctionne pas en plateforme de services coordonnés et ne permet pas une réponse aux besoins d'hébergement et d'accompagnement des usagers.

3.7. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.1. Les salles de restauration Quels sont les horaires de repas et de collations ? <i>Ministère économie, industrie et numérique-Recommandation nutrition groupe d'étude des marches de restauration collective et nutrition GEM-RCN-2015 (page 17)</i> <i>Site du ministère des Solidarités -Guide d'action pour les personnes en situation de handicap (enfants/adultes)-2023</i> Les périodes de jeûne sont-elles inférieures à 12 h ? <i>Recommandations du GEM-RCN-2015 (jeûne nocturne, horaires repas (page 4.2.1)</i> L'aménagement du restaurant d'enfants permet-il la prise des repas en petits groupes ? <i>DITEP : D312-59-17 CASF (aménagement restaurant, activité en unité de vie et petits groupe)</i>	Oui Non investigué Oui	Petit-déjeuner : fermé Déjeuner : A partir de midi 2 services par unité Ados/Primaire Goûter : pas de mise à disposition Diner : fermé Collation du soir : fermé Pas d'hébergement actuellement.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.2. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel		Régimes et textures : A l'admission lors de l'entretien avec l'infirmière, la famille fournit des informations sur les textures et les régimes des jeunes. Aucun jeune ne présente des troubles de la déglutition. Il existe une commission des menus à laquelle participe l'infirmière.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ? Existe-t-il des actions en cas de dénutrition/obésité ou troubles de l'alimentation (CNO, aide, stimulation, ...) ? <i>DITEP D312-59-9 CASF et D230-29 Code Rural et de la pêche maritime (exigences requises pour équilibre nutritionnel en ESMS).</i> <i>L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité)</i>	Oui Partiellement	Suivi des poids: Une pesée est effectuée par l'infirmière à chaque période de vacances scolaires et plus si nécessaire. Néanmoins, il est constaté que la traçabilité n'est quasiment jamais effectuée dans les dossiers informatisés. Le suivi nutritionnel est réalisé par la maitresse de maison, et les éducateurs. Remarque 22 : Il n'y a pas de traçabilité du suivi nutritionnel.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.8.1. <u>L'organisation du champ de l'éducation dans le projet d'établissement</u> Le PE précise-t-il les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec les professionnels exerçant dans le champ de l'éducation ? <u>D311-38-3 CASF</u> (contenu PE)	Oui	L'articulation avec les équipes éducatives est intégrée au projet d'établissement.
3.5 Champ de l'éducation	3.8.2. <u>L'organisation des activités éducatives</u> Chaque jeune dispose-t-il d'un emploi du temps individualisé qui retrace fidèlement ses activités ? - Les activités éducatives sont-elles réalisées : - Individuellement ; - Collectivement ? Les activités éducatives sont-elles organisées en fonction des besoins propres de chaque usager conformément au PPA ? <u>DITEP D312-59-2 I (4°) CASF</u> et <u>D312-10-6 CASF</u>	Oui Oui Oui Non	Selon les plannings affichés, sur le groupe des adolescents, les activités organisées sont collectives et répétitives. Les besoins individuels ne semblent pas pris en compte. Sur le groupe des primaires, en l'absence d'affichage des plannings, le respect des besoins individuels n'a pas pu être observé. Cependant, selon les plannings transmis seul les volets scolaires et paramédicaux sont indiqués. Le volet éducatif n'est pas développé. Sur les plannings des enfants pris en charge en milieu ordinaire, seuls les temps de prise en charge avec un éducateur sans détails des activités. Écart 42 : Les besoins individualisés des jeunes ne sont pas pris en compte et ne sont pas formalisés au travers d'un emploi du temps unique et individualisé. Ceci contrevient aux articles D312-59-2 et D312-10-6 CASF
3.5 Champ de l'éducation	3.8.3. <u>Articulation des équipes éducatives et pédagogiques</u> Y a-t-il une convention entre la structure et le ministère de l'Education nationale ou un établissement privé sous contrat ? <u>D312-10-6 CASF</u> (convention entre établissement scolaire et ESMS) Les professionnels de la structure et les enseignants se concertent-ils ? <u>D312-10-7 CASF</u> (concertation entre les enseignants les professionnels du DITEP)	Oui Oui	Des enseignants et une coordinatrice sont mis à disposition par l'Education Nationale Les professionnels enseignants font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire.

3.9. Champ de l'éducation : la scolarisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.5 Champ de l'éducation	3.9.1. <u>L'intégration scolaire</u> La structure met-elle en œuvre des actions d'intégration scolaire en milieu scolaire ordinaire, adapté ou protégé <i>L311-1 (4°) CASF (intégration scolaire=mission action sociale et médico-sociale)</i> <i>D312-10-5 CASF (coopération entre ESSMS et établissement d'enseignement dans le cadre d'actions d'intégration et de dispositions relatives au parcours de formation des enfants et adolescents handicapés)</i> <i>D312-10-11 CASF (si professionnel de l'DITEP intervient dans établissement scolaire, il est sous la responsabilité du directeur de l'ESSMS)</i>	Oui	
3.5 Champ de l'éducation 3.5 Champ de l'éducation	3.9.2. <u>La scolarisation en milieu ordinaire</u> Y a-t-il des usagers scolarisés en milieu ordinaire ? Disposent-ils d'un Identifiant Nationale Etudiant Unique (N° INE) ? Y a-t-il des usagers inscrit dans son établissement scolaire de référence ? <i>D312-10-2 CASF (priorisation de l'établissement scolaire de référence des jeunes)</i> <i>L112-1 Code de l'éducation (définition établissement scolaire de référence)</i> Une convention est-elle signée entre établissement scolaire et la structure ? <i>D312-10-6 CASF (convention entre établissement scolaire et ESSMS)</i> La structure accompagne-t-elle les usagers et leur famille dans la prise en charge des coûts de transport entre la structure et l'école ? <i>L112-1 (dernier alinéa) Code de l'éducation (définition établissement scolaire de référence)</i>	Oui Oui Oui Oui Oui	
3.5 Champ de l'éducation	3.9.3. <u>La scolarisation en unités d'enseignement</u> Y a-t-il une unité d'enseignement : - Au sein de la structure ; - Dans un établissement scolaire ? <i>Pour info : D351-18 Code de l'Education (lieu de l'unité d'enseignement)</i> - Dispensant un enseignement général ? - Dispensant un enseignement professionnel ?	Oui Oui Oui Oui	Oui Oui Oui Non

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	3.9.4. Les projets personnalisés de scolarisation Le projet personnalisé de scolarisation de chaque usager est inclus dans les PPA? <u>D312-59-5 2° CASF</u> (PPA comporte une composante thérapeutique, éducative et pédagogique) <u>D312-59-6 CASF</u> (PPA comporte notamment le projet personnalisé de scolarisation)	Non	Selon les informations recueillies lors des entretiens, le PPS est bien pris en compte lors de l'élaboration du PPA mais il n'est pas annexé à celui-ci. Comme mentionné au point de contrôle sur le contenu du dossier administratif (cf. point de contrôle 3.2.1), il apparaît que le PPS n'est pas systématiquement inclus dans le PPA. Écart 43 : Les projets personnalisés de scolarisation ne sont pas annexés aux PPA ce qui contrevient à l'article D312-59-5 du CASF qui précise que le PPA comprend une partie pédagogique.
	3.9.5. Le Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco) Le GEVA-sco est-il réalisé chaque année et adressé à la MDPH ? <u>Qu'est-ce-que le GEVA-sco</u> – Mon parcours handicap	Oui	Selon les déclarations les GEVA-SCO sont réalisés chaque année et adressés à la MDPH.

3.10. Champ de l'éducation : la formation professionnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	3.10.1. Organisation des formations professionnelles Quelles sont les modalités d'orientation professionnelle (choix d'essayer plusieurs activités) ? L'établissement recourt-il à un service d'orientation ?	Partiellement Oui	Lors des entretiens, la mission d'inspection a été informée que l'orientation professionnelle est travaillée dans le cadre de la scolarisation en milieu ordinaire et par conventionnement avec un ESAT. Un accompagnement au centre d'orientation et d'information est effectué.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	3.10.2. L'insertion professionnelle La structure propose-t-elle des insertions professionnelles ? <u>D312-59-2 (4°) CASF</u> <u>D312-10-6 CASF</u>	Partiellement	Écart 44 : Les insertions professionnelles proposées ne concernent que l'orientation en ESAT. Les autres possibilités d'insertion en milieu professionnel ne sont pas proposées. En ne promouvant pas l'intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle l'établissement contrevient à l'art D312-59-2 alinéa 4.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.11 Champ thérapeutique	3.11.1. L'organisation des soins dans le projet d'établissement Le PE précise-t-il les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec les professionnels exerçant dans le champ thérapeutique ? <u>D311-38-3 CASF</u> (contenu PE)	Oui	Le PE évoque la prise en charge des jeunes en soins somatiques et psychiques soit par des intervenants extérieurs soit par des professionnels intervenants auprès des jeunes avant leur arrivée au DITEP (psychiatre, médecin généraliste, psychologue, psychomotricien).
3.11 Champ thérapeutique	3.11.2. Missions médicales Le médecin psychiatre de la structure est-il désigné pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale ? <u>D312-59-9 CASF</u>	Non	Coordination des soins: La coordination des soins est portée par l'infirmière qui fait le lien entre les familles, les personnes en situation de handicap, le médecin généraliste (ayant une convention avec le DITEP) et les équipes éducatives. Il n'existe plus de médecin psychiatre intervenant dans l'établissement depuis l'été 2024. L'équipe soignante prenant en charge les soins des enfants et adolescents est composée d'une infirmière à 1 ETP sur le site de St-Thibault des Vignes. L'infirmière suit les enfants pour leur santé physique et psychique.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 45 : L'équipe médicale, paramédicale et psychologique n'est pas animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions et cela contrevient à l'article D312-59-I-4 CASF (en lien avec 1.2.11 et 2.1.1). Projets d'accompagnement personnalisé : Une médecin généraliste intervient sur le DITEP. Celle-ci est payée à l'heure, les interventions font l'objet d'une convention datant de septembre 2024 jusqu'au 18 juillet 2025. La médecin généraliste ayant par ailleurs une capacité d'urgences voit une fois par an les enfants ou adolescents pour mettre à jour les projets d'accompagnement personnalisés. Une actualisation des projets a lieu une fois par an minimum (intervention du médecin). Suivi médical des jeunes hors évaluation annuelle : La médecin généraliste est disponible et réactive quand elle est sollicitée en urgence par l'infirmière en-dehors des consultations annuelles programmées.
3.11 Champ thérapeutique	L'équipe interdisciplinaire (équipe médicale, paramédicale et psychologique) assure-t-elle : - Une fonction générale de surveillance de la santé physique et psychique des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis ; - Dès l'admission un bilan de santé puis veille à son actualisation pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte accueilli ; - La réalisation du projet d'établissement dans sa dimension thérapeutique ; - Et veille-t-elle à la délivrance de toute forme de soins et de soutien psychologique, en lien avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, et interne et avec les partenaires extérieurs, notamment les médecins traitants. <u>D312-59-3 (dernier alinéa) et D312-59-9 du CASF</u>	Oui Oui Oui Oui Non	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité résident si accès à des matériels et/ou produits dangereux) L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident, si données de santé accessibles)	Oui	
3.11 Champ thérapeutique	3.11.3. Le défibrillateur automatique externe (DAE) Le défibrillateur automatisé externe est-il : - Présent au sein de la structure ? Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes (Obligation de détenir un DAE pour les DITEP accueillant plus de 20 personnes (catégorie I)) - En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignotant) : R157-4 CCH (Directeur responsable de la maintenance et contrôle qualité du DAE) - Signalé de manière claire et visible ? Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP) R157-2 CCH (DAE visible du public, facile accès, signalétique)	Oui Non investigué Non	Le site de St-Thibault est composé de 2 bâtiments avec un accès par l'extérieur entre les 2 bâtiments. Il existe un DAE dans le bâtiment principal pour les 2 locaux. Le DAE est fléché et se situe à proximité immédiate de la porte d'entrée. Le défibrillateur se situe dans un boîtier mural. Il n'a pas été possible de déterminer qui le vérifie. Par ailleurs, il est à noter qu'il nous a été impossible d'accéder au défibrillateur puisque dès l'ouverture de la porte une alarme retentissait dans l'établissement. La mission d'inspection a pu constater que certains professionnels de l'équipe n'avaient pas connaissance de la localisation du DAE. Écart 46 : Il n'existe pas de DAE accessible dans les 2 bâtiments qui sont séparés et tous les professionnels ne sont pas au courant de son existence et le process de vérification n'a pas été compris par la mission d'inspection. L'absence d'accès facile contrevient à l'article R147-2 du CCH.
3.11 Champ thérapeutique	3.11.4. Traitements médicaux administrés au sein de la structure Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché au DITEP ou extérieur ? Les prescriptions sont-elles conformes en comportant les données actualisées suivantes : : R5132-3 CSP (modalités de prescription) - Date de la prescription - Nom, qualité et signature du prescripteur - Dénomination, posologie, durée et voie d'administration	Oui Oui Oui Oui	Les traitements administrés au sein de la structure sont prescrits : - Par des médecins extérieurs (celui des jeunes) - Par le médecin généraliste avec laquelle il y a une convention. Les prescriptions sont conformes. Elles sont scannées pour être intégrées dans les dossiers informatisés des jeunes et ne sont pas retranscrites.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	- Dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité	Oui	
3.8 Champ thérapeutique	3.11.5. Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs Quels sont les différents supports pour les transmissions des intervenants extérieurs (soins, kiné, orthophoniste, etc.) ? <u>L311-3 (2°) CASF</u> (libre choix des prestations offertes) <u>L311-3 (4°) CASF</u> (confidentialité des infos concernant le résident) <u>L311-3 (5°) CASF</u> (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant)		L'établissement est équipé d'un logiciel métier [REDACTED] Un changement pour le logiciel métier [REDACTED] est prévue en 2025. Des comptes-rendus et prescriptions sont scannés et intégrés dans le logiciel. Les éléments de transmission des prestataires extérieurs ne sont pas systématiquement disponibles dans les dossiers des jeunes. Écart 47 : Les transmissions des prestataires extérieurs ne sont pas systématiquement intégrées dans les dossiers informatisés des usagers.

3.12. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.12 Champ thérapeutique	3.12.1. Les médicaments		Procédure du médicament : Une procédure du circuit du médicament a été mise en place par l'infirmière en 2024. Les procédures seraient disponibles sur le logiciel [REDACTED] néanmoins lors de l'inspection le logiciel ne fonctionnait pas rendant impossible la vérification. La procédure datant de 2024 a été fournie. L'infirmière a organisé la procédure du circuit du médicament en lien avec la pharmacie des Vignes de Boissise-Le-Roi. Aucune convention n'est signée avec la pharmacie partenaire. Les prescriptions sont transmises par les familles ainsi que les médicaments. Il n'y a pas de retranscription par l'infirmière des prescriptions médicales. Préparation des médicaments : Les piluliers sont préparés par l'IDE du site à partir des ordonnances fournies le plus souvent par les familles.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.12 Champ thérapeutique	Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?	Oui	L'infirmière prépare les piluliers pour 15 jours quand il y a besoin d'administrer des médicaments sur le site de St-Thibault. Stockage des médicaments : Les médicaments sont stockés de façon sécurisée au sein de l'infirmierie et dans des boîtiers muraux fermés à clef dans les bureaux des éducateurs.
	La préparation des piluliers est réalisée par :		
	- L'officine en pharmacie ;	Non	
	- Les IDE de la structure ;	Oui	
	- Les familles ?	Non	
	La fréquence de livraison des piluliers est-elle hebdomadaire ? : OMéDIT IDF- « La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022	Non	
	Y a-t-il un contrôle des piluliers par les IDE ?	Oui	
	Le stockage des médicaments se fait dans : <u>R5126-109 CSP</u> (armoire sécurisée) <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité de l'utilisateur) <u>R.4312-39 CSP</u> (IDE protège accès aux médicaments)		
	- Des armoires sécurisées ;	Oui	
	- Des chariots à médicaments sécurisés ?	Non	
	Les dates de péremptions des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ? <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité de l'utilisateur) <u>R4312-38 CSP</u> (IDE vérifie péremption des médicaments) <u>RBPP guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé-2004-Ministère de la santé</u> (Flacon : page 42-6.3.2 / médicaments : page 82-11.1.1)	Oui	Remarque 23 : La température du réfrigérateur n'est pas vérifiée lorsque l'infirmière n'est pas présente sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes. Délégation pour la distribution : Les éducateurs sont formés à l'administration et peuvent faire le relais de l'infirmière pour la distribution. Il existe une fiche de dispensation qui est bien remplie et qui a été créée par l'infirmière en poste actuellement. Les médicaments ne sont pas broyés. Les péremptions : Les dates de péremption sont vérifiées. Une affiche est présente dans le poste de soins avec le suivi des péremptions.
	L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants : <u>L311-3 (1°) CASF</u> (Sécurité de l'utilisateur)		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Elle est dédiée à ce type de médicaments ; R5126-109 CSP (dispositif de stockage dédié)	Oui	Un réfrigérateur est dédié aux médicaments thermosensible au sein de l'infirmerie. Sa température est vérifiée sauf certains jours lorsque que l'infirmière est absente du site.
	- Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) ;	Oui	La température constatée le jour de l'inspection est de 5 °C.
	- Son entretien est tracé ;	Partiellement	
	- Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ?	Oui	
	Le broyage des médicaments est prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ? L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager) OMéDIT IDF- « La préparation des médicaments : Bonnes pratiques et hygiène »-2022 La délégation de la distribution des médicaments :	Oui	
	- Est procédurée ; R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable) L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante-protocole de soins)	Oui	
	- Est réalisée par des professionnels : • Réglementairement autorisés en présence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES, AMP, AVS)	Oui	
	R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) • Réglementairement autorisés en l'absence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture.	Oui	
	R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) • Formés ?	Oui	
	: OMéDIT IDF-Actes-possibles-d'aide-a-la-prise ESMS-PH que-dit-la-loi ?-2022 • Ne concerne pas les médicaments en format multi dose, en goutte ou injectable ?	Oui	
	R4311-7 (6°) CSP (actes rôle sur prescription IDE)		

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	4.1.1. L'insertion de la structure dans la population locale Des actions sont-elles mises en œuvre pour favoriser la médiation et l'insertion de la structure dans la population locale et dans l'environnement immédiat ? <u>L114-1 (1^{er} alinéa) CASF</u> (Accès aux droit fondamentaux et le plein exercice de la citoyenneté)	Oui	Une convention d'échange intergénérationnelle avec l'EHPAD de Serris a été mise en place pour l'année scolaire 2022-2023. Écart 48 : Une seule convention dont le terme est échu a été mise en place afin de favoriser l'insertion des usagers dans la population locale et l'environnement immédiat. Ce constat contrevient à l'Art L114-1 (1^{er} alinéa) du CASF.

4.2. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	La structure a-t-elle passé des conventions avec : - Un ou des établissements de santé ayant : • Un service d'urgence <u>L312-7 CASF</u> (coordination et continuité des PEC via convention avec ES) - Un ou des centres d'action médico-sociale précoces ; - Un ou des centres médico-psychopédagogiques ;	Non Non Oui	Selon les informations recueillies sur place, des conventions ont été mises en place avec le service de pédiatrie du Grand Hôpital Est Francilien, des centres médico-pédagogiques (6 à 7) et l'école d'ostéo-pathie de Champs-sur-Marne. Une convention avec l'association Rhapsodif est en cours pour la mise en œuvre des soins bucco-dentaires. Problème d'accès à des soins dentaires et ce malgré un travail en cours avec Rhapsod'if. Les conventions écrites (service d'urgence, CAMSP, CMPP, centres de ressources et autres établissement) n'ont pas été transmises alors qu'elles ont été demandées. Écart 49 : En l'absence de conventions formalisées avec des établissements de santé, le

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Un ou des centres de ressources ; - D'autres établissements ou services d'éducation adaptée.	Non	DITEP Mosaïques ne garantit pas la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, ce qui contrevient à l'art L312-7 du CASF.
	Une convention a-t-elle été signée entre la structure et une officine en pharmacie ? <u>L5126-10 (II) CSP</u> (si pas de PUI, convention avec officine, approvisionnement des médicaments est assuré par un pharmacien choisi par chaque usager)	Non	
	La convention signée entre la structure et une officine de pharmacie mentionne-t-elle : - Si PDA assurée par la pharmacie, une livraison des piluliers pour une durée maximale de 7 jours ? <u>R5126-107 CSP</u> (contenu minimal dans convention avec officine), OMéDIT Normandie-<u>Qualité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs & jeunes majeurs</u>-2022 (page 23)	Non	<u>Écart 50 :</u> Comme constaté au point de contrôle 3.12.1, il n'existe pas de convention avec la pharmacie partenaire ce qui contrevient à l'art. L5126-10 (II) du CSP et aux recommandations de l'Omedit.
	- La gestion des stupéfiants (prescription, livraison, traçabilité et contrôle du stock) ? <u>R5126-107 CSP</u> (contenu minimal dans convention avec officine), <u>R5132-20 CSP</u> (détenation et restrictions d'accès aux médicaments des listes I et II, stupéfiants, psychotropes) <u>R5132-26 CSP</u> (régime particulier des médicaments relevant des listes I et II, stupéfiants, psychotropes) <u>R5132-80 CSP</u> (conditions de stockage des préparations classées comme stupéfiants)	Non	Des boîtes non nominatives de méthylphénidate assimilés à des stupéfiants sont entreposées dans une des armoires sans prescription nominative. Ces médicaments sont aussi conservés sans prescription dans un coffre à médicaments. <u>Écart 51 :</u> En laissant les médicaments stupéfiants libres d'accès en dehors des coffres de stockage sécurisés et en les détenant sans prescriptions nominatives, l'établissement contrevient aux articles R5132-20, R5132-26 et R5132-80 du CSP.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- La dotation en médicaments pour soins urgent fait-elle l'objet d'une liste formalisée ? <u>L311-3 1° du CASF</u> (Sécurité de la personne accueillie) <u>R5126-108 CSP</u> (stock pour besoins urgents), <u>R5126-107 CSP</u> (contenu minimal dans convention avec officine),	Non	La mission a pu constater l'absence de sacs d'urgence sauf la présence d [REDACTED] dans l'infirmerie. Il n'existe pas de sac ou chariot d'urgence au sein du de l'établissement à Saint-Thibault-des-Vignes. Écart 52 : En l'absence de dotation de médicaments pour soins urgents conditionnée en chariot ou en sac d'urgence, l'établissement n'est pas en mesure d'assurer la sécurité du résident ce qui contrevient aux articles L311-3 1° du CASF et R5126-108 du CSP.
	- Les modalités de retour et d'élimination des médicaments ? OMéDIT Normandie-<u>Qualité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs & jeunes majeurs</u>-2022 (page 28)	Non	Dans la procédure de prise en charge médicamenteuse, il est noté que l'IDE contrôle la date de péremption des médicaments. Néanmoins le circuit de gestion des médicaments périmés n'est pas décrit. Remarque 24 : Le circuit des médicaments périmés n'est pas décrit dans la procédure fournie par l'ESMS.

4.3. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	En n'ayant pas déclaré au moins 2 mois à l'avance des fermetures d'établissements secondaires intervenues au sein de l'établissement contrevient à l'article L313-1-II du CASF.	11
<u>Écart 2 :</u>	En ne fonctionnant pas en plateforme de services coordonnés, en file active toutes modalités d'accompagnement pour chaque usager, l'établissement contrevient à l'arrêté d'autorisation et aux objectifs fixés dans le cadre du CPOM.	11
<u>Écart 3 :</u>	La population accueillie (6 à 20 ans) ne correspond pas aux caractéristiques de l'autorisation.	12
<u>Écart 4 :</u>	Le DITEP n'assure pas ses missions d'accompagnement en insertion professionnelle des jeunes en les réorientant vers des IMPRO.	12
<u>Écart 5 :</u>	L'absence de règlement de fonctionnement pour le DITEP dans son ensemble, intégrant en conséquence tous les sites du dispositif, contrevient à l'article L. 311-7 du CASF. Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour et conforme au fonctionnement en plateforme. Il ne comporte pas les thématiques réglementaires obligatoires suivantes : - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées ; - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; - Les mesures concernant les mineurs protégés ; - Les modalités de délivrance des prestations à l'extérieur ne sont pas définies ; - Les dispositions sur les vacances, visites et retours en famille ; - Les processus d'admissions et de sorties exclusivement liés à une notification, une orientation ou réorientation de la CDAPH ; - La preuve de présentation du RF aux instances réglementaires. Le RF comporte la suspension et la reprise de la prise en charge comme sanction disciplinaire dans le chapitre 9.	14
<u>Écart 6 :</u>	En n'affichant pas et en ne transmettant pas le projet d'établissement à l'autorité de contrôle et de tarification, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D.311-38-4 du CASF	15
<u>Écart 7 :</u>	Le contenu du projet d'établissement est incomplet et comporte des erreurs, : - le projet pédagogique de l'unité d'enseignement et la description de l'emploi du temps des usagers sont absents, ce qui contrevient aux articles D312-59-4 et 311-38-3 alinéas 1bis et 2 du CASF; -les échéances mentionnées au PE concernant la démarche interne de préventions et de lutte contre la maltraitance doivent faire l'objet d'échéances annuelles alignées sur les échéances des objectifs du CPOM conformément à l'instruction N° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025 relative à la programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) -le PE comporte des mentions erronées telles que "promotion de la maltraitance"	16
<u>Écart 8 :</u>	Le contenu du plan bleu de l'établissement n'est pas conforme aux dispositions du CASF : - il n'est accessible qu'au format numérique; - les formations sur les situations sanitaires exceptionnelles sont inexistantes au plan de formation - le plan de continuité et de reprise des activités doit être détaillé dans ses composantes et modalités de mises en oeuvre; - d'une part et le défaut d'organisation des formations visant l'appropriation du plan bleu par les professionnels représentent un risque pour l'établissement; - Il ne comporte pas les dates de mise en place, de révision et de présentation au CVS, - Le détail des chambres d'hébergement doit reprendre avec exactitude la situation de chaque site du DITEP Mosaïques ; - La gestion du matériel dédié au plan bleu doit être séparé des matériels communs et doit être spécifique.	17
<u>Écart 9 :</u>	L'établissement ne dispose pas d'un médecin responsable de l'animation et de la coordination de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'Art. D312-59-I-4° du CASF.	21
<u>Écart 10 :</u>	L'ensemble des affichages obligatoire n'est pas présent ou n'est pas actualisé conformément à la réglementation : - L'enquête de satisfaction affichée date de 2023 ce qui contrevient à l'art D311-15(III) du CASF ; - Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché ce qui contrevient à l'art R311-34 du CASF ; - Les coordonnées 3977 et allo ALMA des services d'accueil téléphonique ne sont pas affichées ce que contrevient à l'art L226-8 du CASF.	23

<u>Écart 11 :</u>	En ne réunissant pas le CVS au moins 3 fois par an la direction de l'établissement contrevient à l'article D311-16 du CASF. Les pièces fournies ne permettent pas de constater la présence d'un représentant des représentants légaux parmi les membres du CVS, ce qui contrevient à l'art D311-5 du CASF. En 2023, ni les évènements indésirables, ni les dysfonctionnements ni les mesures correctrices associées n'ont présentées au CVS. L'établissement contrevient à l'article R331-10 du CASF. En 2024, les EI sont mentionnés à l'ordre du jour, cependant le détail des évènements et dysfonctionnements ne sont pas présentés.	25
<u>Écart 12 :</u>	En l'absence de mise à jour des affichages réglementaires et en ne communiquant pas au CVS les enquêtes de satisfaction, l'établissement contrevient à l'art. D311-15 du CASF.	25
<u>Écart 13 :</u>	- Les actions du PACQ ne sont pas mentionnées au rapport annuel d'activités ; - Le document remis ne démontre pas une mise à jour régulière. Ce qui contrevient aux articles L312-8 du CASF et D312-203 du CASF .	27
<u>Écart 14 :</u>	L'absence d'une procédure unique formalisant une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance contrevient à la réglementation et aux RBPP.	28
<u>Écart 15 :</u>	Les actions de promotion de la bientraitance ne sont pas mises en œuvre : - Les fiches de postes de l'encadrement ne comprennent pas de volets dédiés à la promotion de la bientraitance ; - Le poste de référent bientraitance n'est pas pourvu. Le positionnement exact de ce poste n'est pas clairement défini au sein du DITEP ou au sein des fonctions support de la direction territoriale ; - Les recrutements et l'organisation du travail visant à une organisation de travail équitable entre les équipes d'éducateurs en CDI et en CDD encadrant le groupe des adolescents et le groupes des enfants de primaires ne sont pas stabilisés. - Il n'y a pas de livret d'accueil pour les nouveaux professionnels et les formations dédiées à la bientraitance ne sont pas mentionnées au plan de formation de l'établissement en 2024 et 2025; - Les réunions internes au DITEP relatives aux RBPP liées à la bientraitance ne sont pas tracées; - Il n'y a pas d'actions de prévention de l'usure professionnelle.	29
<u>Écart 16 :</u>	Les preuves de traçabilité de réunion d'analyse des pratiques de prise en charge n'ont pas été apportées. - La dernière réunion spécifique recensée relative aux RBPP au sein du DITEP en matière de bientraitance remonte à 2023. - Les PPA ne sont pas tous mis à jour et ne sont pas signés par les familles ce qui contrevient à l'article L311-3 CASF.	31
<u>Écart 17 :</u>	Aucune procédure de gestion des comportements problèmes n'est formalisée. Aucune preuve de traçabilité des réunions dédiées n'a été transmise. Les accompagnements spécifiques dédiés aux comportements problèmes sont insuffisants ou inexistants.	32
	La salle de retrait et d'apaisement est fermée pour une durée indéterminée.	32
<u>Écart 18 :</u>	La direction de l'établissement ne garantit pas l'information des professionnels sur leur protection juridique en cas de déclaration d'actes de maltraitance. Cette situation contrevient à l'article L313-24 CASF.	33
<u>Écart 19 :</u>	En en prévoyant pas dans le PACQ une prise en compte des mesures correctives suite à des EI/EIG, l'établissement ne respecte pas le référentiel HAS 2022.	35
<u>Écart 20 :</u>	Le poste de médecin psychiatre n'est pas pourvu au sein de l'équipe soignante pour animer et coordonner les actions thérapeutiques (en lien avec le 3.11.2 – missions médicales) ce qui contrevient à l'article D312-59-9.	36
<u>Écart 21 :</u>	L'établissement doit pourvoir l'intégralité des postes financés dont : - le poste vacant réglementaire d'assistant de service social garantissant le recours aux compétences d'un service social conformément à l'Art D312-59-12 du CASF; - le poste d'éducateur vacant.	37
<u>Écart 22 :</u>	Le taux d'absentéisme est supérieur au taux médian de la région Ile de France	38

<u>Écart 23 :</u>	Le suivi des dossiers administratifs des professionnels de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation et aux bonnes pratiques : - Certaines fiches de postes sont absentes; - Les comptes-rendus d'entretiens professionnels sont absents; - Les extraits des casiers judiciaires B3 sont présents de longues dates dans les dossiers, seule la preuve de traçabilité de la consultation des casiers judiciaires sous forme de registre attesté par la direction doit demeurer ; - Absence de B2 dans les dossiers administratifs	39
<u>Écart 24 :</u>	Le plan de formation ne trace pas l'ensemble des formations, notamment les formations internes organisées par l'établissement et l'organisme gestionnaire. Le plan de formation demandé pour l'année N-1 n'a pas été fourni. Les formations réglementaires : AFGSU et formation incendie ne sont pas prévues au plan de formation.	41
<u>Écart 25 :</u>	L'absence de registre des présences quotidiennes contrevient à l'Art. D312-599-7 2° du CASF.	44
<u>Écart 26 :</u>	La tenue des dossiers médicaux contrevient à l'art D-312-59-6 du CASF.	45
<u>Écart 27 :</u>	Les dossiers administratifs des résidents ne sont pas à jour et ne comprennent pas l'ensemble des pièces réglementaires. Les formulaires DIPEC utilisés ne sont pas conformes à la réglementation (cf. 3.1.3)	46
<u>Écart 28 :</u>	La signalétique n'est pas en corrélation avec l'organisation réelle de la plateforme.	47
<u>Écart 29 :</u>	L'absence de contractualisation avec un prestataire d'enlèvement des DASRI contrevient à l'art. R1335-3 du CSP. L'absence de lieu de stockage contrevient à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.	50
<u>Écart 30 :</u>	Le DIPC n'est pas conforme aux dispositions de l'art L.311-4 alinéas 4 et 5 du CASF.	52
<u>Écart 31 :</u>	Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'art L311-4 du CASF.	52
<u>Écart 32 :</u>	Malgré la mise en place d'une procédure de suivi des usagers dans les 3 ans suivant la sortie, l'établissement indique ne pas accomplir la démarche de suivi ce qui contrevient à l'art D312-59-2 5° du CASF.	54
<u>Écart 33 :</u>	Le poste d'assistante sociale prévu au sein de l'établissement est vacant depuis 2 ans et demi. L'établissement n'indique pas comment palier cette absence, ce qui contrevient à l'art D312-59-12 du CASF.	54
<u>Écart 34 :</u>	Les PPA ne sont pas systématiquement mis à jour et les projets personnalisés de scolarisation ne sont pas systématiquement annexés aux PPA. Cette situation contrevient aux art L311-3 3° et D312-59-5 du CASF.	55
<u>Écart 35 :</u>	La situation des effectifs éducatifs ne permet pas la désignation d'un référent éducateur pour chacun des enfants du groupe primaire, ce qui contrevient aux art D312-59-8 et D312-59-10 du CASF.	55
<u>Écart 36 :</u>	La famille n'est pas associée en amont à la démarche d'élaboration du PPA ce qui contrevient à l'art D312-59-3 du CASF.	55
<u>Écart 37 :</u>	En portant à la connaissance des usagers et de leur famille des informations erronées sur les personnes qualifiées, la direction de l'établissement contrevient aux Art L311-3 (6°) et L311-5 CASF.	56
<u>Écart 38 :</u>	Ni le DIPC, ni le règlement de fonctionnement ni le livret d'accueil n'informe de la possibilité de désigner la personne de confiance pour les jeunes majeurs pris en charge au sein du DITEP. L'utilisateur majeur n'est pas informé et ne peut identifier la personne de confiance de son choix ce qui contrevient aux articles D311-0-4, L311-5-1 du CASF et L1111-6 du CSP.	57

<u>Écart 39 :</u>	L'établissement ne dispose pas de locaux à dédiés à l'accueil des familles ce qui contrevient à l'article D312.	58
<u>Écart 40 :</u>	L'absence de procédures relatives à l'intimité ou au respect de la vie affective de l'utilisateur contrevient à la circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 et à l'art L311-3 du CASF.	58
<u>Écart 41 :</u>	En l'absence de fonctionnement de l'hébergement, les activités éducatives sur les temps d'hébergement ne peuvent être évaluées. En l'absence de fonctionnement de l'hébergement, l'établissement ne répond pas à l'arrêté d'autorisation, il ne fonctionne pas en plateforme de services coordonnés et ne permet pas une réponse aux besoins d'hébergement et d'accompagnement des usagers.	59
<u>Écart 42 :</u>	Les besoins individualisés des jeunes ne sont pas pris en compte et ne sont pas formalisés au travers d'un emploi du temps unique et individualisé. Ceci contrevient aux articles D312-59-2 et D312-10-6 CASF	61
<u>Écart 43 :</u>	Les projets personnalisés de scolarisation ne sont pas annexés aux PPA ce qui contrevient à l'article D312-59-5 du CASF qui précise que le PPA comprend une partie pédagogique.	63
<u>Écart 44 :</u>	Les insertions professionnelles proposées ne concernent que l'orientation en ESAT. Les autres possibilités d'insertion en milieu professionnel ne sont pas proposées. En ne promouvant pas l'intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle l'établissement contrevient à l'art D312-59-2 alinéa 4.	64
<u>Écart 45 :</u>	L'équipe médicale, paramédicale et psychologique n'est pas animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions et cela contrevient à l'article D312-59-I-4 CASF (en lien avec 1.2.11 et 2.1.1).	65
<u>Écart 46 :</u>	Il n'existe pas de DAE accessible dans les 2 bâtiments qui sont séparés et tous les professionnels ne sont pas au courant de son existence et le process de vérification n'a pas été compris par la mission d'inspection. L'absence d'accès facile contrevient à l'article R147-2 du CCH.	66
<u>Écart 47 :</u>	Les transmissions des prestataires extérieurs ne sont pas systématiquement intégrées dans les dossiers informatisés des usagers.	67
<u>Écart 48 :</u>	Une seule convention dont le terme est échue a été mise en place afin de favoriser l'insertion des usagers dans la population locale et l'environnement immédiat. Ce constat contrevient à l'Art L114-1 (1er alinéa) du CASF.	70
<u>Écart 49 :</u>	En l'absence de conventions formalisées avec des établissements de santé, le DITEP Mosaïques ne garantit pas la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, ce qui contrevient à l'art L312-7 du CASF.	70
<u>Écart 50 :</u>	Comme constaté au point de contrôle 3.12.1, il n'existe pas de convention avec la pharmacie partenaire ce qui contrevient à l'art. L5126-10 (II) du CSP et aux recommandations de l'Omedit.	71
<u>Écart 51 :</u>	En laissant les médicaments stupéfiants libres d'accès en dehors des coffres de stockage sécurisés et en les détenant sans prescriptions nominatives, l'établissement contrevient aux articles R5132-20, R3132-26 et R5132-80 du CSP.	71
<u>Écart 52 :</u>	En l'absence de dotation de médicaments pour soins urgents conditionnée en chariot ou en sac d'urgence, l'établissement n'est pas en mesure d'assurer la sécurité du résident ce qui contrevient aux articles L311-3 1° du CASF et R5126-108 du CSP.	72

4.4. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	L'établissement est responsable de la mise à jour du répertoire opérationnel des ressources (ROR) et doit en conséquence veiller à sa mise à jour, conformément à son arrêté d'autorisation.	12
<u>Remarque 2 :</u>	L'absence d'affichage de l'organigramme ne permet pas d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement. L'organigramme transmis ne précise pas les liens hiérarchiques et fonctionnels ce qui peut créer la confusion dans le fonctionnement, le management des équipes et dans la compréhension des chaînes hiérarchiques.	18
<u>Remarque 3 :</u>	Formaliser et transmettre les fiches de poste de la directrice, des chefs de service, responsables d'unités territoriales des 3 sites, du DITEP Mosaïques et préciser les quotités d'ETP dédiées à la direction de la plateforme.	19
<u>Remarque 4 :</u>	L'absence de formalisation de la procédure d'astreinte en cas d'absence de la directrice ne permet pas de garantir la continuité de la direction de l'établissement.	19
<u>Remarque 5 :</u>	Aucune procédure d'astreinte administrative ou technique n'est formalisée y compris la nuit le DITEP ayant une autorisation pour héberger les enfants la nuit.	21
<u>Remarque 6 :</u>	Le responsable du site ne dispose pas de fiche de poste.	21
<u>Remarque 7 :</u>	Le manque d'accompagnement au changement lié à la transformation en plateforme et l'absence de stabilité des effectifs peut générer des risques sociaux et des manques dans la prise en charge.	22
<u>Remarque 8 :</u>	L'absence de référent qualité au sein de l'établissement n'est pas conforme aux RBPP.	26
<u>Remarque 9 :</u>	L'absence de référent bientraitance au sein de l'établissement et la méconnaissance des référents thématiques par les professionnels de l'établissement ne sont pas conformes aux RBPP.	26
<u>Remarque 10 :</u>	Le livret d'accueil destiné aux nouveaux arrivants n'a pas été transmis. La procédure interne destinée au service RH et aux encadrants ne permet pas de vérifier si les nouveaux arrivants sont accompagnés par un référent et s'ils disposent des documents attendus tels que les fiches de tâches heurées, la procédure d'urgence et de soins, la procédure de prescription de contention et les identifiants informatiques. Ceci contrevient aux RBPP de la HAS.	41
<u>Remarque 11 :</u>	Les plannings ne mentionnent pas la qualification des professionnels en poste notamment lorsqu'il s'agit de professionnels remplaçant (faisant fonction).	43
<u>Remarque 12 :</u>	Il n'y a pas de processus de remplacement de l'IDE en cas d'absence supérieure à 15 jours.	43
<u>Remarque 13 :</u>	Les fiches de poste des professionnels ne respectent pas les référentiels métier et ne comportent pas les rubriques attendues.	43
<u>Remarque 14 :</u>	La mission d'inspection constate l'absence de procédure de délégation en cas d'absence prolongée de l'IDE au-delà de 15 jours.	44
<u>Remarque 15 :</u>	La gestion des dossiers n'est pas harmonisée : les pratiques de suivis différentes représentent un risque pour la qualité du suivi des usagers.	45
<u>Remarque 16 :</u>	La complexité du logiciel actuellement utilisé et la multiplicité des supports de traçabilité rendent aléatoire la traçabilité des soins dans le dossier de l'utilisateur (en lien avec l'item 3.11.5-prestataires extérieures).	46
<u>Remarque 17 :</u>	L'accessibilité de certains locaux est inadaptée voire dangereuse.	47

<u>Remarque 18 :</u>	La salle d'apaisement est fermée pour une durée non connue et sans lieu de substitution.	48
<u>Remarque 19 :</u>	La procédure d'admission décrite implique la présence d'un médecin psychiatre et d'une assistante sociale de l'établissement mais ne prévoit pas le fonctionnement en cas de vacances de ces postes.	51
<u>Remarque 20 :</u>	Tous les jeunes n'ont pas accès à un médecin traitant.	52
<u>Remarque 21 :</u>	Selon les éléments recueillis sur place, il apparaît que les séjours de plusieurs jours à l'extérieur de la structure ne sont pas organisés.	58
<u>Remarque 22 :</u>	Il n'y a pas de traçabilité du suivi nutritionnel.	60
<u>Remarque 23 :</u>	La température du réfrigérateur n'est pas vérifiée lorsque l'infirmière n'est pas présente sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes.	68
<u>Remarque 24 :</u>	Le circuit des médicaments périmés n'est pas décrit dans la procédure fournie par l'ESMS.	72

5. Conclusion

L'inspection du DITEP Mosaïques 77, géré par l'UGECAM Ile-de-France a été réalisé le 12 mars 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a relevé des dysfonctionnements majeurs et importants en matière de :

♣ **Gouvernance :**

- **Conformité aux conditions de l'autorisation** : L'établissement ne fonctionne pas en plateforme de services coordonnés en file active toutes modalités d'accompagnement pour chaque usager.
- **Management et stratégie** : Le manque d'accompagnement au changement et l'absence de clarté de l'organisation et de la répartition des responsabilités fonctionnelles et hiérarchiques entre la direction territoriale et les responsables des sites au sein du DITEP. L'absence de médecin responsable de l'équipe soignante.
- **Animation et fonctionnement des instances** : Le CVS n'est pas réuni au moins 3 fois par an et n'est pas informé des événements indésirables et des enquêtes de satisfactions.
- **Gestion de la qualité** : L'absence de référent bientraitance, l'inexistence de procédure unique formalisant une politique de promotion de la bientraitance et les actions de promotion de bientraitance non mises en œuvre.
- **Gestion des risques, des crises et des événements indésirables** : Le plan d'amélioration continue de la qualité n'incluant les mesures correctives à la suite des événements indésirables.

♣ **Fonctions support :**

- **Gestion des RH** : L'absence d'assistant de service social, les carences de suivi des dossiers administratifs du personnel.
- **Gestion d'information** : Le contenu et le suivi non conformes des dossiers administratifs et médicaux des personnes accueillies.
- **Bâtiments et espaces extérieurs et équipements** : La salle d'apaisement fermée pour une durée indéterminée laissée sans lieu de substitution.
- **Sécurité** : L'absence de lieu de stockage et de contrat d'enlèvement pour les déchets associés aux soins à risques infectieux.

♣ **Prises en charge :**

- **Organisation de la prise en charge** : Les projets personnalisés d'accompagnement, pour lesquels les familles ne sont pas associées à l'élaboration, l'absence de référents parmi les éducateurs empêchant leurs mises à jour.
- **Respect du droit des personnes** : Les outils de la Loi 2002-2 ne sont pas à jour.
- **Vie sociale et relationnelle** : L'établissement ne met de locaux à la disposition des familles.
- **Vie quotidienne et hébergement** : L'absence de fonctionnement de l'hébergement y compris hors les murs.
- **Champ de l'éducation** : L'orientation unique en ESAT comme solution d'insertion professionnelle.
- **Soins** : L'absence de défibrillateur automatique externe.

♣ **Relations avec l'extérieur :**

- **L'environnement** : L'absence de convention avec des structures externe favorisant l'insertion dans la population locale et l'environnement immédiat.
- **Coordination avec les autres secteurs** : L'absence de conventions formalisée avec des établissements de santé ne garantissant pas la continuité des prises en charge et de l'accompagnement.

Ces constats, par leur grand nombre et leur contenu sont générateurs de maltraitance institutionnelle et nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement les mesures correctrices associées.

Lieusaint, le 25/07/2025


Inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
Coordinatrice de la mission d'inspection


Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
Co-Coordinatrice de la mission d'inspection

6. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CNR : Crédits non reconductibles

CoViD : Corona Virus Disease

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

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

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique

IEM : Institut d'éducation motrice

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

IME : Institut médico-éducatif

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

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

PE : Projet d'établissement

PEC : Prise en charge

PECM : Prise en charge médicamenteuse

PH : Personne porteuse d'un handicap

PMR : Personnes à mobilité réduite

PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SF2H : Société française d'hygiène hospitalière

7. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Seine-et-Marne

Politique de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Département de l'Autonomie

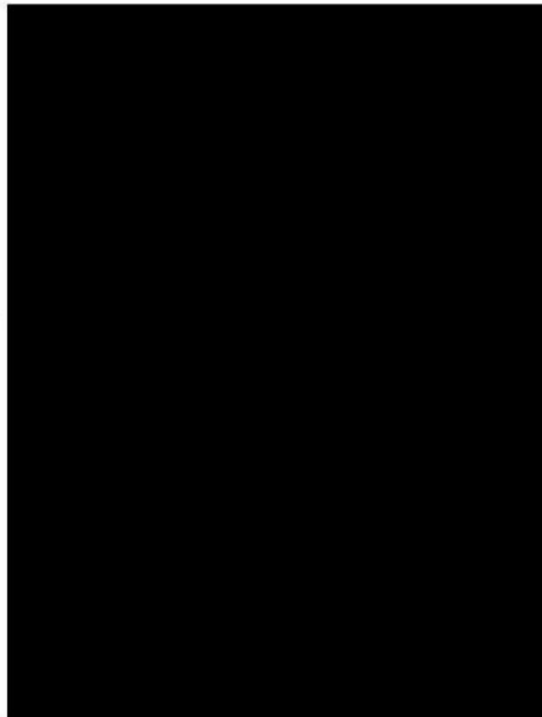
Responsable de l'Autonomie :

[REDACTED]

Responsable adjointe de l'Autonomie :

[REDACTED]

[REDACTED]



Lieusaint, le 12 MARS 2025

Mesdames, Docteurs, Monsieur,

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

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

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectif de réaliser, pour chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des usagers.

La plateforme du dispositif d'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP) Mosaïques 77 a été inscrite dans la programmation de ces contrôles.

L'inspection sera menée simultanément sur deux sites de la plateforme :

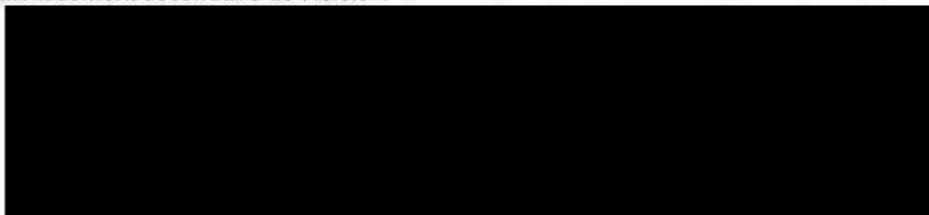
- Etablissement principal situé au 1 bis rue Louis de Broglie à Saint-Thibault-des-Vignes (N°FINESS ET 77 001 822 4) ;
- Etablissement secondaire situé au 4 allée Jean-Paul Sartre à Noisiel (N°FINESS ET 77 000 995 9).

La mission débutera à compter du 12 mars 2025 à 08 heures et sera assurée selon la répartition géographique suivante :

- Etablissement principal de Saint-Thibault-des-Vignes:



- Etablissement secondaire de Noisiel :



L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP) ;
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, permettant de vérifier les points suivants :

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

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

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

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

À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que les membres de la mission jugeront utiles de rencontrer.

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

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

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

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Docteur, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

P/le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France et par délégation,



Annexe 2 Liste des documents demandés

Liste des pièces à fournir

GOVERNANCE	
<i>Conformité aux conditions d'autorisation</i>	
1	Liste des personnes en situation de handicap accompagnées par la structure
GOVERNANCE	
<i>Management et stratégie</i>	
2	Le règlement de fonctionnement
3	Le projet d'établissement
4	Le plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
5	Le compte rendu du dernier CSE (ou CTE et CHSCT)
6	L'organigramme de la structure
7	Le diplôme(s) du directeur
8	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du directeur
9	Les 3 dernières fiches de paie du directeur
10	Le document unique de délégation du directeur ou chef de service
11	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du directeur ou du chef de service si pas de directeur
12	Le planning/calendrier de permanence/astreinte de direction du mois M-1, M, M+1
13	La procédure et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)
14	Le diplôme du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante
15	Le(s) contrat(s) de travail (et éventuel(s) avenant(s)) du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante
16	Les 3 dernières fiches de paie du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante
17	La fiche de poste et/ou lettre de mission signée du médecin et/ou responsable de l'équipe soignante
GOVERNANCE	
<i>Animation et fonctionnement des instances</i>	
18	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS) ou autre forme de participation
19	La liste des membres du CVS comportant leur nom, leur collège et leur qualité (exemple : Madame [NOM-PRENOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)
20	Les comptes-rendus N-2, N-1 et, le cas échéant, N du CVS
GOVERNANCE	
<i>Gestion de la qualité</i>	
21	Plan d'amélioration continue de la qualité formalisé
22	Liste des professionnels référents thématiques
23	Protocole de bonnes pratiques de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance
24	Fiche de poste du référent bientraitance
25	Comptes-rendus et liste d'émargement des réunions de bonnes pratiques professionnelles liées à la bientraitance
26	Procédure de gestion des comportements « problèmes »
27	Procédure d'utilisation de la salle de calme-retrait- et d'apaisement
28	Procédure de déclaration en cas de maltraitance
29	Extraction du système d'enregistrement ou copie du registre des enquêtes de satisfaction, réclamation et plaintes des usagers et des réponses adressées sur les 3 derniers mois
30	Procédures de déclaration interne d'événement indésirables
31	Procédures de déclaration externe d'événement indésirables
32	Procédure de gestion, de suivi et d'analyse des EI (y compris, le cas échéant, EI graves, EI associés aux soins et la procédure de signalement)
33	Liste des signalements à l'ARS
34	Copie d'un signalement au procureur le cas échéant
FONCTIONS SUPPORT	
<i>Gestion des ressources humaines</i>	
35	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels à pourvoir
36	Liste du personnel éducatif, médical, paramédical et soignant (document à remplir par l'établissement)
37	Tous les diplômes du personnel médical, paramédical, soignant en CDI (Médecin, psychologue, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, IDE, AS/ASG, AES, AMP et AUX/AVS)
38	Toutes les conventions des personnels libéraux intervenant dans l'établissement
39	L'extrait du plan de formation N-1 et N
40	La liste des agents en cours de formation qualifiante et leur attestation d'inscription à la formation qualifiante
41	Le plan de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)
42	La procédure d'accueil et d'intégration du nouveau personnel arrivant ou intérimaire
43	Au format tableur (EXCEL ou Libre office CALC), le planning M-1, M et M+1, jour et nuit, du personnel + Légende

44	explicative de l'ensemble des codes utilisés (qualification, affectation...)	
44	Les fiches de poste du personnel médical et du personnel éducatif	
45	Comptes-rendus de réunions d'équipes interdisciplinaires (hors temps de transmissions)	
46	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée	
47	La liste des remplaçants à contacter en cas d'absences	
FONCTIONS SUPPORT		
<i>Gestion d'informations</i>		
48	Copie du registre des présences quotidiennes	
49	Dossier administratif vierge avec annexes et liste des documents	
50	Copie de X dossiers médicaux anonymisés	
FONCTIONS SUPPORT		
<i>Bâtiments, espaces extérieurs et équipements</i>		
51	Plan des locaux	
FONCTIONS SUPPORT		
<i>Sécurité</i>		
52	Document unique d'évaluation des risques professionnels	
53	Contrat pour la gestion des déchets associés aux soins à risque infectieux	
PRISE EN CHARGE		
<i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>		
54	La procédure complète d'admission	
55	La procédure d'évaluation des besoins et de mise en place des accompagnements	
56	Modèle de contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) et ses annexes	
57	Le registre des personnes accueillies des 6 derniers mois	
58	Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) des 3 derniers usagers admis au sein de l'établissement	
59	Le livret d'accueil	
60	Listes des médecins traitant libéraux intervenant dans la structure	
61	Planning des usagers et de coordination des différents professionnels	
62	Copie/extraction anonymisée des transmissions entre les équipes	
63	Fiche de poste et contrat de travail de l'assistant de service social	
PRISE EN CHARGE		
<i>Projet personnalisé d'accompagnement</i>		
64	Formulaire de projet personnalisé d'accompagnement vierge	
PRISE EN CHARGE		
<i>Respect des droits des personnes</i>		
65	Procédure relative aux contentions et liste anonymisée des usagers sous contention	
PRISE EN CHARGE		
<i>Vie sociale et relationnelle</i>		
66	Procédure relative au respect de l'intimité des usagers	
67	Procédure relative au respect de la vie affective des usagers	
PRISE EN CHARGE		
<i>Vie quotidienne, hébergement</i>		
68	Convention avec les chauffeurs/opérateurs organisant le transport des jeunes	
69	Règlement de fonctionnement de l'internat	
70	Protocole relatif à l'hygiène corporelle	
71	Procédure de gestion du linge	
PRISE EN CHARGE		
<i>Alimentation</i>		
72	Procès-verbal des commissions des menus	
CHAMP DE L'EDUCATION		
<i>L'accompagnement éducatif au sein de la structure, la scolarisation et la formation professionnelle</i>		
73	Compte-rendu de réunion entre les professionnels de la structure et les enseignants	
74	Liste des usagers dates de naissance	
CHAMP THERAPEUTIQUE		
<i>Les moyens pour la prise en soins</i>		
75	Plannings des professionnels intervenant dans les soins	
76	Convention avec la pharmacie	
77	Procédures de prise en charge en soins en continu en heures ouvrables et en heures non ouvrables	
78	Extractions du logiciel de soins plans de soins ou DLU anonymisé	
79	Copie du registre sanitaire	

80	Exemple de dossier de soins informatisé	
81	Le cas échéant, liste préférentielle des médicaments	
82	Procédure du circuit du médicament	
83	Liste des médicaments écrasables	
84	Protocole de délégations de distribution des médicaments	
85	Protocole de prise en charge médicament et circuit du médicament	
RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR		
<i>Coordination avec les autres secteurs</i>		
86	Conventions avec le groupe hospitalier de territoire, centres d'action médico-sociale précoce, centres médico-psychopédagogiques	
87	Convention d'officine	
88	Convention avec oto-rhino-laryngologiste, dentiste ou stomatologiste	
89	Liste formalisée de médicaments pour soins urgents	

Les documents surlignés en jaune sont à fournir le jour même.

Les pièces manquantes devront être transmises par voie dématérialisée et dans les meilleurs délais (7 jours,) via ce lien de dépôt sécurisé : : <https://bluefiles.com/ars/ars-dd77-etab-medico-sociaux>