

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]

Affaire suivie par : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED] 4

[REDACTED]
Directrice générale
UGECAM Ile-de-France
4 place du général de Gaulle
93100 MONTREUIL

Lieusaint, le **03 FEV. 2026**

Lettre recommandée avec AR

N° 2C1972352853 1

Madame la Directrice générale,

Dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes en situation de handicap, une inspection a été réalisée au sein du dispositif d'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP) Mosaïques 77 (n° FINESS 770018224) fonctionnant en plateforme de services coordonnés, situé à Saint-Thibault-des-Vignes, en mode inopiné le 12 mars 2025 par la délégation départementale de l'Agence régionale de santé de Seine-et-Marne (DDARS 77).

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 30 juillet 2025 le rapport que m'a remis la mission d'inspection, ainsi que les 7 injonctions, 29 prescriptions et 8 recommandations que j'envisageais de vous notifier (cf. annexe).

Vous m'avez transmis par courrier les 12, 16, 25 septembre et 25 novembre 2025 des éléments de réponses, ce dont je vous remercie.

Je note que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Les déclarations réglementaires afin de mettre à jour l'arrêté d'autorisation ;
- L'élaboration de la procédure formalisant une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ;
- La formalisation de procédure concernant les comportements problèmes et la mise en place de salles de calme-retrait ;
- La reprise du service d'hébergement ;
- La mise à jour du répertoire opérationnel des ressources ;
- La mise à jour des affichages réglementaires ;
- La mise en place du protocole et des conventions d'élimination des déchets associés aux soins à risques infectieux ;

- La formalisation du plan d'amélioration continu de la qualité ;
- La mise en place du suivi de usagers dans les 3 années suivant leur sortie ;
- Le suivi et la maintenance des défibrillateurs autonomes externes ;
- La mise à jour de la procédure d'admission.

Au regard de l'absence de réponses à certaines mesures et des éléments de réponse apportés insuffisamment probants portant sur 6 injonctions et 16 prescriptions des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, je vous notifie à titre définitif les **3 injonctions, 25 prescriptions et 9 recommandations** maintenues figurant en **annexe** du présent courrier.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la délégation départementale de l'ARS de Seine-et-Marne via l'outil de dépôt partagé, [REDACTED] les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

Je vous rappelle que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Le présent courrier et le rapport produit à la suite de l'inspection seront publiés sur le site internet de l'Agence (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>) dans les jours suivants, dans un objectif de transparence de son action et de reddition de compte des missions de service public que vous assurez. Ceci s'inscrit notamment dans le cadre prévu par le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA) avec, en particulier, la protection des données mentionnées en son article L.311-6.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice générale, l'assurance de ma considération distinguée.

P/ le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et par délégation,
La directrice départementale de Seine-et-

[REDACTED]

Copie à :

[REDACTED]
Directrice du DITEP Mosaïques 77
1 bis rue Louis de Broglie
77400 Saint-Thibault-des-Vignes



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Mesures notifiées dans le cadre de l'inspection réalisée le 12/03/2025 au sein du DITEP Mosaïques (n° FINESS 770018224)

Re f	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Theme et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
I1	Injonction	1.1.2 E1 E2 E3	Gouvernance Conformité aux conditions de l'autorisation	La direction de l'établissement doit avec l'appui de l'organisme gestionnaire : - Effectuer les déclarations réglementaires auprès de l'ARS afin de mettre à jour l'arrêté d'autorisation en correspondance avec le déploiement géographique réel sur son territoire ; - Formaliser et transmettre un plan d'action relatif à la mise en œuvre de la transformation de l'offre et de l'accompagnement au changement permettant de déployer les prises en charge et les accompagnements correspondants à un fonctionnement en plateforme de services coordonnés incluant l'hébergement et le hors les murs. - Transmettre les preuves de la prise en charge des jeunes de 0 à 20 ans conformément à l'autorisation.	<u>L313-1 (1° et 4°) du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</u> <u>L312-1 (I - alinéa 17) CASF (différents modes d'accueil)</u> <u>D312-59-3 (alinéa 1) CASF</u> <u>DITEP D312-59 CASF et suivants</u> <u>SESSAD D312-55 à 58 CASF</u> <u>ACCUEIL TEMPORAIRE</u> <u>D312-8 à 10 CASF</u>	La direction de l'établissement transmet les documents suivants : - Courrier de déclaration de l'évolution des sites géographiques ; - Mosaïques_Livret d'accueil_2025 ; - DITEP Mosaïques_L'évolution des pratiques au sein de la plateforme de service_2025_07_Dont plan d'action ; - Exemple de notification Via Trajectoire -6ans	Les pièces suivantes ont été transmises : - Courrier de demande de modification de l'arrêté de fonctionnement sur les 3 sites actuels du DITEP ; - Une notification via trajectoire pour la prise en charge [REDACTED] La mission d'inspection constate la demande de modification de l'arrêté d'autorisation et l'évolution de la prise en charge vers les enfants de moins de 6 ans. La mission d'inspection constate que le fonctionnement en plateforme de services coordonnés n'est pas encore déployé et que le plan d'action relatif à la transformation comporte des échéances Le livret d'accueil distingue encore les différentes modalités d'accompagnement et mentionne un contrat spécifique par type d'accompagnement (hébergement en internat, accueil de jour en milieu ordinaire...). Dans le cadre d'un fonctionnement en plateforme de services coordonnés le parcours de l'utilisateur doit correspondre à une prise en charge individualisée incluant si nécessaire le mode séquentiel. Le livret d'accueil ne doit plus mentionner le fonctionnement du centre d'accueil familial spécialisée qui a été supprimé dans le précédent arrêté d'autorisation. Le plan d'action qui décline les étapes et les échéances de fonctionnement en plateforme de services coordonnés pour les trois différents sites ne comprend pas d'indicateur de progression. A ce jour aucune preuve de fonctionnement pour toutes les modalités d'accompagnement des usagers en mode séquentiel n'a été transmis à la mission d'inspection. La notification Via-trajectoire de l'accueil d'un enfant de moins de 6 ans ne constitue pas une preuve suffisante de l'élargissement de l'accueil effectif d'enfants âgés de 0 à 6 ans.
Injonction requilifiée en prescription P30 Délai 6 mois							

Re f	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
							La direction de l'établissement doit : - Mettre à jour le livret d'accueil en y faisant figurer les prises en charge et les accompagnements correspondants à un fonctionnement en plateforme de services coordonnés ; - Transmettre les conclusions des restitutions des groupes de travail ; - Transmettre les indicateurs de progression de la transformation de l'offre et les preuves de fonctionnement en file active toutes modalités d'accompagnement sur les différents sites du DITEP ; - Transmettre les contrats de séjour pour enfants âgés de 0 à 6 accueillis au DITEP.
I2	Injonction	1.4.5 1.4.6 E14	Gouvernance Gestion de la qualité	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. La direction doit formaliser, avec la participation des personnels de l'établissement, une procédure unique relative à la promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance en concordance avec le fonctionnement réel de l'établissement y spécifiant l'interdiction des sanctions corporelles. La direction de l'établissement et l'encadrement doivent mettre en œuvre les actions suivantes afin de promouvoir la bientraitance : - Mettre à jour les fiches de postes de l'encadrement avec les volets dédiés à la promotion de la bientraitance ; - Recruter un référent bientraitance et définir le positionnement exact de ce poste au sein du DITEP ou au sein des fonctions support de la direction territoriale ; - Stabiliser les recrutements et organiser le 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 groupe des enfants de primaires ; - Formaliser un livret d'accueil pour les nouveaux professionnels ; - Organiser les formations dédiées à la promotion de la bientraitance pour s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques et de la recherche de l'accord des personnes concernées et les porter au plan de formation de l'établissement en 2025 ; - Organiser et tracer les réunions internes au DITEP relatives aux RBPP liées à la bientraitance ;	<u>L119-1 CASF (déf maltraitance)</u> <u>L311-3 1° CASF (Sécurité)</u> <u>D311-38-3-CASF (politique formalisée)</u>	L'établissement a transmis une procédure formalisant une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance qui reprend les obligations réglementaires décrites à l'art D311-38-3-CASF alinéa 2.	Injonction levée Injonction maintenue Délai 6 mois
I3	Injonction	1.4.7 1.4.8 E15 E16	Gouvernance Gestion de la qualité	La direction de l'établissement et l'encadrement doivent mettre en œuvre les actions suivantes afin de promouvoir la bientraitance : - Mettre à jour les fiches de postes de l'encadrement avec les volets dédiés à la promotion de la bientraitance ; - Recruter un référent bientraitance et définir le positionnement exact de ce poste au sein du DITEP ou au sein des fonctions support de la direction territoriale ; - Stabiliser les recrutements et organiser le 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 groupe des enfants de primaires ; - Formaliser un livret d'accueil pour les nouveaux professionnels ; - Organiser les formations dédiées à la promotion de la bientraitance pour s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques et de la recherche de l'accord des personnes concernées et les porter au plan de formation de l'établissement en 2025 ; - Organiser et tracer les réunions internes au DITEP relatives aux RBPP liées à la bientraitance ;	<u>L311-3 (7° alinéa) CASF (Uniformer et faire participer les personnes)</u> <u>D312-59-2 CASF (accompagnements adaptés)</u> <u>HAS-Directeur maltraitance 2008 (pages 16 à 24)</u> <u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS- mars 2022</u> <u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS- mars 2024</u> <u>Guide d'amélioration des pratiques : Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement – 3 octobre 2024</u>	Carence de réponse de l'établissement.	

Re f	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
				- Mettre à jour l'ensemble des PPA - Mettre en place et tracer les réunions spécifiques à la promotion de la bientraitance, et s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques ; - Mettre en place les actions de prévention de l'usure professionnelle.			
14	Injonction	1.4.9 2.4.2 E17 R18	Gouvernance Gestion de la qualité	La direction de l'établissement doit : - Formaliser la procédure sur la gestion des comportements problèmes ; - Organiser et tracer les réunions dédiées aux comportements problèmes ; - Mettre en place et tracer les accompagnements spécifiques dédiés aux comportements problèmes ; - Réaliser les travaux de la salle de retrait et d'apaisement dès que possible afin d'apaiser l'accompagnement de qualité aux personnes accueillies ; - Dans l'attente de la mise à disposition de la salle de retrait d'apaisement, mettre en place un lieu de substitution ; - Transmettre tous les protocoles formalisés alternatifs à l'utilisation de la salle de retrait ; - Mettre en œuvre une politique de formation, de prévention et de gestion des comportements problèmes ; - Transmettre les preuves de réalisation des actions précitées.	<u>HAS-La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil - février 2019</u> <u>HAS- « Les comportements problèmes » prévention et réponse, volet 1 « Organisation à privilégier et stratégies de prévention » - 2016</u> <u>HAS-« Les comportements problèmes » .prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention »- 2016</u> <u>HAS-« Les comportements problèmes » .prévention et réponse, volet 3 « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement »-2017</u>	La direction transmet : - Une procédure de gestion des comportements problèmes ; - La politique de formation, prévention et gestion des troubles du comportement en DITEP ; - Le protocole d'utilisation des salles d'apaisement ; - Les photographies des salles d'apaisement ; - L'instruction sur la traçabilité des accompagnements spécifiques dédiés aux comportements problèmes ; - Les preuves d'ajustement de plan personnalisé d'accompagnement suite au comportement d'une personne accueillie.	La mission d'inspection constate la mise en place de l'ensemble des protocoles dédiés à la gestion des comportements problèmes et d'utilisation de la salle d'apaisement. Ces documents sont datés du mois de novembre 2025. Dans le prolongement des documents relatifs aux comportements problèmes et locaux d'apaisement mis en place, la direction de l'établissement doit : - Organiser les réunions de bonnes pratiques professionnelles sur l'ensemble des sites du DITEP ; - Transmettre les attestations de présence émargées prouvant la tenue de ces réunions. Injonction requalifiée en prescription P32 Délai 6 mois
15	Injonction	3.6.1 E41	Prises en charges Hébergement	Conformément à l'arrêté d'autorisation n°2019-200 du 28/10/2019 et afin de répondre aux besoins d'hébergement et d'accompagnement des usagers notamment, la direction de l'établissement doit : - Mettre en œuvre la modalité d'accueil en hébergement dans les locaux du DITEP et hors les murs ; - Recruter et affecter le personnel nécessaire au fonctionnement de l'hébergement et possédant les qualifications nécessaires afin d'assurer les fonctions éducatives et la surveillance la nuit ;	<u>D312-59-5 (5°) mise en œuvre du PPA à temps complet ou à temps partiel, en internat, en semi-internat, en external...</u> <u>Arrêté d'autorisation n°2019-200 du 28/10/2019 d'extension de 10 places, d'une part, par la transformation de 5 places de placement familial spécialisé et 8 places d'internat en 8 places de semi-internat et, d'autre part, par extension de 5 places de semi-internat et</u>	Dans le cadre du fonctionnement de la modalité d'hébergement, quatre postes par unité sont nécessaires. La répartition est la suivante : trois éducateurs spécialisés ainsi qu'un veilleur de nuit. Vous trouverez ci-après un état d'avancement des recrutements en cours : Unité territoriale Sud : - 1 éducatrice spécialisée recrutée en [REDACTED]	La mission d'inspection constate : - La reprise progressive du service d'hébergement ; - Que l'unité territoriale nord propose hébergement et que l'unité territoriale sud propose places en hébergement. La direction de l'établissement doit transmettre les preuves suivantes : - Les preuves de recrutement de l'ensemble du personnel nécessaire au bon fonctionnement ; - Les contrats de séjour et projets personnalisés d'accompagnement des jeunes bénéficiant de l'hébergement en tant que modalité d'accompagnement.

Re f	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
				- Formaliser et transmettre le règlement de fonctionnement incluant l'internat	de 10 places de prestation en milieu ordinaire, portant la capacité totale de l'établissement et service médico-social 77 Mosaïques fonctionnant en plateforme.	-1 éducateur spécialisé recruté en [REDACTED] -1 poste de veilleur de nuit en [REDACTED] est pourvu, la personne prendra son poste [REDACTED] -1 poste d'éducateur spécialisé en CDD est à pourvoir Unité territoriale Nord : -1 éducatrice spécialisée recrutée en [REDACTED] -Un éducateur spécialisé recruté en [REDACTED] -1 poste de veilleur de nuit en [REDACTED] la personne débutera en décembre -1 poste d'éducateur spécialisé [REDACTED] Dans l'attente de la clôture des recrutements, une ouverture partielle des internats va être effectuée. L'objectif est ici de pouvoir offrir un minimum d'accompagnement, dans l'attente de les ouvrir totalement. Cela a été échangé avec les instances représentatives du personnel. Dans l'attente : Unité territoriale Nord : Dans l'attente du recrutement complet de l'équipe, l'internat va pouvoir ouvrir dans un premier temps à raison de deux nuits par semaine. Cette réouverture partielle permettra d'accueillir trois enfants. Les plannings sont prêts, les professionnels sont informés. Nous attendons cependant la prochaine réunion avec la CSSCT le [REDACTED] 2025 pour que cela soit pleinement validé. La CSSCT souhaite visiter les internats en	Injonction requalifiée en prescription P33 Délai 6 mois

Re f	Type de mesures	Ref. Rapport /N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
						amont de leur réouverture, cette visite se fera le 25 novembre pour Saint-Thibault.	
I6	Injonction	4.2.1 E48 E49 E50 E51 R24	Relations avec l'extérieur Coordination avec les autres secteurs	Afin de garantir la qualité, la continuité et la sécurité des prises en charges, des soins et des accompagnements la direction de l'établissement doit : - Formaliser des conventions avec les établissements de santé, notamment le groupement hospitalier de territoire (services d'urgences, centres d'actions médico-sociale précoces, centre médico-psychopédagogiques...) - Formaliser, à titre de régularisation, une convention d'officine avec la pharmacie partenaire ; - Prévoir dans la convention le circuit des médicaments pérимés - Sécuriser l'accès des médicaments stupéfiants en les mettant en coffre lorsqu'ils sont régulièrement prescrits, et reverser à la pharmacie les médicaments stupéfiants détenus sans prescription médicale.	<u>L312-7 CASF (coordination et continuité des PEC via convention avec ES)</u> <u>L5126-10 (II) CSP (si pas de PUI, convention avec officine, approvisionnement des médicaments est assuré par un pharmacien choisi par chaque usager)</u> <u>R5126-107 CSP (contenu minimal dans convention avec officine)</u> <u>OMéDIT Normandie- Qualité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs & jeunes majeurs-2022 (page 23)</u> <u>R5126-107 CSP (contenu minimal dans convention avec officine)</u> <u>R5132-20 CSP (détention et restrictions d'accès aux médicaments des listes I et II, stupéfiants, psychotropes)</u> <u>R5132-26 CSP (régime particulier des médicaments relevant des listes I et II, stupéfiants, psychotropes)</u> <u>R5132-80 CSP (conditions de stockage des préparations classées comme stupéfiants)</u>	L'établissement transmet 2 conventions d'officine : - Entre la [REDACTED] et l'établissement de Saint-Thibault-des-Vignes ; - Entre la [REDACTED] et l'établissement secondaire de Bois-le-Roi ;	L'établissement ne répond que partiellement à l'injonction. La convention d'officine établie le 16/09/2025 entre le site du DITEP Mosaïque de Saint-Thibault-des-Vignes et la pharmacie est complète. Un coffre a été mis en place pour sécuriser l'accès aux médicaments stupéfiants. La convention d'officine établie le 16/09/2025 entre le site DITEP Mosaïque de Bois-le-Roi est incomplète. Elle ne comprend pas : - La préparation des doses à administrer ; - La gestion et le circuit des stupéfiants ; - Les annexes sur le consentement de la personne accueillie. Afin de garantir la qualité, la continuité et la sécurité des prises en charge, des soins et des accompagnements la direction de l'établissement doit : - Formaliser des conventions avec les établissements de santé, notamment le groupement hospitalier de territoire (services d'urgences, centres d'actions médico-sociale précoces, centre médico-psychopédagogiques...) - Compléter les conventions d'officine avec la pharmacie partenaire ; - Prévoir dans la convention le circuit des médicaments pérимés - Reverser à la pharmacie les médicaments stupéfiants détenus sans prescription médicale. Injonction maintenue Délais : - 6 mois pour les conventions avec les établissements de santé - 6 mois pour la convention d'officine.
I7	Injonction	4.2.1 E52	Relations avec l'extérieur	En l'absence de dotation de médicaments pour soins urgents conditionnée en chariot ou en sac d'urgence, la direction de l'établissement doit organiser, sans délai, un sac d'urgence complet, scellé, vérifié et connu de tous avec médicaments et dispositifs	<u>L311-3 1° du CASF (Sécurité de la personne accueillie)</u> <u>R5126-108 CSP (stock pour besoins urgents)</u>	L'établissement transmet : - Des bons de commande relatifs à des fournitures médicales (sans autres précisions) pour 2 sacs à	Les documents transmis ne permettent pas de constater la constitution effective des sacs d'urgence. La direction de l'établissement doit transmettre pour l'ensemble des sites les preuves de mise en œuvre :

Re f	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
			Coordination avec les autres secteurs	médicaux en s'appuyant sur les outils de l'OMéDIT et Starags.	R5126-107 CSP <u>(contenu minimal dans convention avec officine)</u>	dos d'urgence, des scellés de sécurité et des trousses d'urgence ; - Un formulaire de traçabilité et d'inventaire de la trousse de secours.	Du sac d'urgence complet, scellé, vérifié et connu de tous avec médicaments et dispositifs médicaux en s'appuyant sur les outils de l'OMéDIT et Starags La liste et l'inventaire du matériel et des médicaments composant le sac d'urgence datée et signée ; La photographie des matériels d'urgence et des sacs scellés.
I8	Injonction	3.10.2 E44	Prises en charges Champs de l'éducation	La direction de l'établissement doit : - Mobiliser toutes les possibilités d'insertions professionnelles disponibles sur le territoire sans restreindre les opportunités d'orientation des personnes accueillies en ESAT ou en IMPRO. Pour ce faire, la direction de l'établissement doit notamment mettre en place des conventions avec des établissements professionnels comme définit par l'Art D312-10-6 du CASF ; - Assurer l'accompagnement des jeunes en exécutant les missions d'insertion professionnelle qui incombent au DITEP.	D312-59-2 (4°) CASF D312-10-6 CASF	Carence de réponse de l'établissement.	Requalification en prescription P31 Délai 1 mois Injonction I8 issue des fusions des prescriptions P1 et P24 Délai 6 mois

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N° IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
P1	Prescription	1.1.3 R1 E4	Gouvernance Conformité aux conditions de l'autorisation	La direction de l'établissement doit : - Mettre à jour le répertoire opérationnel des ressources conformément à l'arrêté d'autorisation ; - Assurer l'accompagnement des jeunes exécutant les missions d'insertion professionnelle qui lui incombent.	<u>Décret n° 2023-1057 du 17 novembre 2023 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement social et médico-social »</u> <u>Art3 de l'arrêté du 26 décembre 2023 relatif au Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement social et médico-social (ROR) -> obligation de déclaration au ROR</u> <u>L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS)</u> <u>L311-4 al 3 CASF (règlement de fonctionnement en annexe du livret d'accueil et remis aux usagers ou à leur représentant)</u> <u>R311-34 CASF (règlement fonctionnement remis aux usagers et professionnels)</u> <u>R311-35 CASF (contenu RF-asso famille, organisation des locaux, la sureté des personnes. CAT en cas de situations exceptionnelles, modalité de rétablissement)</u> <u>R311-36 CASF (contenu RF-Transport, délivrance prestations extérieures)</u> <u>R311-37 CASF (contenu RF-vie collective, violences sur autrui, hygiène de vie, mineurs protégés)</u>	L'établissement atteste de la mise à jour du répertoire opérationnel des ressources. Réponse partielle de l'établissement.	La direction de l'établissement doit assurer l'accompagnement des jeunes en exécutant les missions d'insertion professionnelle qui incombent au DITEP. Prescription partiellement levée et fusionnée avec la prescription n°24 requilifiée en injonction 18 Délai immédiat
				La direction de l'établissement doit formaliser un règlement de fonctionnement pour l'ensemble du DITEP, conforme au fonctionnement en plateforme et contenant les thématiques réglementaires attendues : - 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 et 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.	<u>L311-8 du CASF (PE obligatoire en ESSMS)</u> <u>L311-8 du CASF (contenu PE tous les 5 ans)</u> <u>D311-38-4 CASF (PE transmis aux autorités)</u>	Carence de réponse de l'établissement.	Prescription maintenue Délai 6 mois
P2	Prescription	1.2.1 E5	Gouvernance Management et stratégie				
P3	Prescription	1.2.2 1.2.3 E6 E7	Gouvernance Management et stratégie	La direction de l'établissement doit : - mettre à jour le projet d'établissement en correspondance avec les attendus réglementaires ; - Transmettre la preuve de présentation au CVS ; - Transmettre la preuve de l'affichage du projet d'établissement.		Carence de réponse de l'établissement.	Prescription maintenue Délai 6 mois

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
					<u>L315-17 CASF (missions directeur PE et son évolution)</u> <u>D312-38 CASF (CVS consulte le PE)</u> <u>D311-38-4 CASF (PE consulté par CVS)</u> <u>D311-38-4 CASF (PE affiché)</u> <u>D311-38-3-CASF (contenu PE- coordination, démarche interne, organisation, évaluation, mesures CPOM)</u> <u>D312-59-4 du CASF (contenu PE- objectifs, projet pédagogique, emplois du temps en DITEP)</u> <u>D311-38-3 CASF (contenu minimal du PE)</u> <u>D312-38 CASF (PE fixe objectifs)</u> <u>D312-59-4 CASF (missions du DITEP)</u> <u>L311-8 CASF (ESSMS-plan de PEC en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins)</u> <u>Arrêté du 12 février 2024 fixant la liste des établissements et services médico-sociaux mentionnée à l'article L. 311-8 du CASF</u> <u>R311-38-1 CASF (Contenu plan bleu)</u> <u>R311-38-1 (III) CASF (IRP et CVS consulté pour plan bleu)</u> <u>D312-59-4° du CASF</u>		
P4	Prescription	1.2.4 E8	Gouvernance Management et stratégie	La direction de l'établissement doit mettre à jour le plan bleu de l'établissement conformément aux attendus réglementaires.		Carence de réponse de l'établissement.	Prescription maintenue Délai 6 mois
P5	Prescription	1.2.12 2.1.1 3.11.2 E9 E20 E45	Gouvernance Management et stratégie	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. D312-59-14° du CASF. La direction de l'établissement doit : - Mettre en place toutes les actions pour la recherche active d'un médecin psychiatre responsable de l'animation et la coordination des soins et de l'équipe soignante au sein de l'établissement (publication d'offres d'emploi dans la presse spécialisée) ; - Transmettre les preuves de recherches actives ; - Transmettre le contrat de travail et les diplômes du médecin une fois recruté.		Carence de réponse de l'établissement.	Prescription maintenue Délai 6 mois
P6	Prescription	1.2.15 1.3.2 E10	Gouvernance	L'ensemble des affichages obligatoires est incomplet et disséminé dans l'ensemble des bâtiments du site. L'établissement doit mettre à jour et afficher	<u>D311-15 (III) CASF (affichage enquête de satisfaction)</u>	L'établissement a procédé à l'affichage :	Prescription levée

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
		E12	Management et stratégie	l'ensemble des informations réglementaires à destination des enfants et de leurs représentants légaux sur le panneau d'affichage à destination des familles situé dans l'entrée de l'établissement. Les modalités de consultation des documents doivent être précisées et le libre accès doit être garanti.	<u>R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)</u> <u>L311-4 CASF (affichage charte droits et libertés)</u> <u>D311-12 CASF (consultation PV du CVS)</u> <u>L226-8 CASF (obligation affichage coordonnées de service d'appel téléphonique)</u>	- De l'enquête de satisfaction ; - Du règlement de fonctionnement ; - Des coordonnées 3977 et allo ALMA des services d'accueil téléphonique ; - De la liste des personnes qualifiées.	
P7	Prescription	1.3.1 1.3.2 E11 E12	Gouvernance Animation et fonctionnement des instances	La direction de l'établissement doit : - Organiser les réunions du CVS 3 fois par an ; - Modifier la composition du CVS afin de faire siéger les représentants des représentants légaux ; - Présenter au CVS en séance les résultats des enquêtes de satisfaction, le bilan des dysfonctionnements et des événements indésirables ainsi que les mesures correctrices associées.	<u>D311-3 CASF (participation des bénéficiaires via CVS ou autres formes de participation)</u> <u>D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an)</u> <u>D311-16 CASF (OJ communiqué au moins 15 jours avant)</u> <u>D311-5 CASF (composition CVS)</u> <u>D311-15 CASF (missions CVS)</u> <u>R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)</u>	Conformément au règlement de fonctionnement en vigueur (version 2 du 15 février 2023) et des comptes rendus transmis, le nombre de CVS est de 3 par an. L'établissement a tenu 3 réunions du CVS en 2024, 2 en 2023 et 1 PV de carence ? (Situation exceptionnelle faisant suite au départ du directeur d'établissement en fin d'année et l'arrivée d'un directeur de transition). La planification des CVS 2025 est bien de 3 réunions. Le règlement de fonctionnement du CVS précise bien la présence de représentants légaux et enfants de plus de [REDACTED] sièges au total pour le collège des bénéficiaires, dont [REDACTED] titulaires et [REDACTED] suppléants). La présidence du CVS est assurée par un parent, présent lors des CVS (d'autres parents y siègent, mais avec une présence qui peut être irrégulière) ces éléments sont indiqués dans les comptes rendus 2023 et	Les réponses fournies ne sont pas étayées par la transmission d'éléments de preuves. La direction de l'établissement doit : - Organiser les réunions du CVS 3 fois par an et transmettre les comptes-rendus des réunions de CVS pour l'année 2025 ; - Transmettre les preuves de convocation au CVS des représentants des représentants légaux et faire figurer ces membres comme présents ou excusés dans les comptes-rendus de réunion ; - Présenter au CVS en séance les résultats des enquêtes de satisfaction, le bilan des dysfonctionnements et des événements indésirables ainsi que les mesures correctrices associées. Prescription maintenue Délai 1 mois

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
P8	Prescription	1.4.3 1.4.4 1.5.3 E13 E19	Gouvernance Gestion de la qualité	Le document transmis correspondant au PACQ n'est pas conforme et les actions ne sont pas mentionnées au rapport annuel d'activités ce qui contrevient aux articles L312-8 du CASF et D312-203 du CASF. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) doit : - Être formalisé et mis en œuvre conformément aux axes et aux objectifs définis dans le rapport d'évaluation externe. Le tableau de suivi doit être mis à jour régulièrement ; - Intégrer la déclaration et l'analyse de l'ensemble et différentes catégories d'événements indésirables ainsi que le suivi des différentes mesures correctrices associées. La direction de l'établissement doit transmettre le PACQ formalisé et le tableau de suivi et de progression.	<u>L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)</u> <u>D311-25 CASF (CVS ou autre forme de participation dans la démarche d'évaluation de la qualité des prestations)</u> <u>D312-203 CASF (ESSMS-action PACQ dans rapport d'activité)</u> <u>R.331-8 CASF (obligation de déclarer les EI avec l'analyse détaillée)</u> <u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</u> <u>(Critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la HAS)</u> <u>HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022</u> <u>(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 correctrices.)</u> <u>HAS-Procédure d'évaluation des ESSMS-mai 2022</u>	2024. Au regard de ces éléments, nous pensons répondre aux articles d311-5 et d311-16 du CASF. Nous prenons en compte les points d'amélioration concernant la déclaration et le suivi des mesures correctrices des événements indésirables, axe de travail qui sera effectivement renforcé lors des prochains CVS et dont les éléments de preuves vous seront transmis conformément aux délais attendus. L'établissement transmet : - Le plan d'accompagnement de la qualité et gestion des risques pour 2025 ; - Le bilan d'activité annuel qualité et gestion des risques du pôle MSE pour l'année 2024.	La mission d'inspection constate : - La formalisation du plan d'accompagnement de la qualité et gestion des risques pour 2025 ; - La déclaration et l'analyse des différentes catégories d'événements indésirables ainsi que le suivi des différentes mesures correctrices associées pour 2024. Il n'est répondu que partiellement à l'injonction : - Pour 2025, aucun élément n'a été transmis concernant la déclaration des événements indésirables leur analyse et les différentes mesures correctrices associées ; - Le plan d'accompagnement de la qualité et gestion des risques pour 2025 indique que l'ensemble des actions relatives à la sensibilisation des professionnels au signalement des EI et à la communication des EI au CVS n'a toujours pas été réalisée. La direction de l'établissement doit transmettre le plan d'amélioration continue de la qualité en y faisant figurer le bilan des événements indésirables leur analyse et les différentes mesures correctrices associées. Prescription maintenue Délai 3 mois
P9	Prescription	1.4.10 E18	Gouvernance	La direction de l'établissement doit informer et sensibiliser les professionnels de l'établissement sur leur protection juridique en cas de déclaration d'actes de maltraitance.	<u>L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements graves)</u>	L'établissement transmet la procédure relative à la promotion de la bientraitance et la prévention de la	Il n'est pas répondu à la prescription.

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
			Gestion de la qualité		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 relatif à l'obligation de signalement des ESSMS HAS. "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008 (page 37) Art. 40 du Code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit-ESSMS public) 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)	maltraitance au sein du DITEP Mosaiques.	Concernant la déclaration des actes de maltraitances par les professionnels de l'établissement et leur protection juridique, la déclaration de l'établissement doit : - Organiser et tracer des réunions de sensibilisation des professionnels ; - Transmettre les preuves d'organisation de ces réunions telles que les attestations de présence émargées par les professionnels. Prescription maintenue Délai 6 mois
P10	Prescription	2.1.3 2.1.5 3.1.9 E21 E22 E33	Fonctions support Gestion des ressources humaine	La direction de l'établissement doit : - Pourvoir l'intégralité des postes réglementaires et des postes financés dont le poste vacant réglementaire d'assistant de service social et le poste d'éducateur vacant sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes ; - Fournir la liste des postes pourvus et vacants pour les sites de Bois-le-Roi et Coulommiers ; - Analyser les causes du taux d'absentéisme élevé ; - Formaliser un plan d'action visant à recruter les postes vacants et stabiliser les effectifs au sein de la direction territoriale (fonctions supports) et au sein des 3 sites du DITEP Mosaiques.	Art.D312-59-12 CASF L311-3 (1°) CASF (Sécurité résident) L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité) Indicateur ANAP : Taux médian d'absentéisme en ITEP en 2023 : régionale IDF : 11,61 %	La direction de l'établissement prend acte du document de 8 pages récapitulant les mesures prises. Pour l'unité territoriale Nord de Saint-Thibault-des-Vignes : - Recrutement d'une assistante de service social est clôturé ; - Recrutement du poste d'éducateur ; Pour l'unité territoriale Sud, la liste des postes à pourvoir pour un éducateur spécialisé, un éducateur sportif et une psychologue. Les postes de l'unité territoriale Est sont pourvus.	La mission d'inspection prend acte des différentes actions menées par la direction de l'établissement. Cependant des éléments probants sont à fournir et des actions complémentaires restent nécessaires. L'analyse de l'absentéisme n'a été produite que pour le mois de mars 2025. A travers le document fourni, la mission d'inspection constate que des efforts ont été consentis au titre de la qualité de vie et des conditions de travail sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes, de la formation, des supervisions de bonnes pratiques sur les 2 sites de Bois-le-Roi et Saint-Thibault-des-Vignes. Le document n'indique pas que le site de Coulommiers est intégré dans le programme de formation et d'analyse des pratiques. La notion de fonctionnement en silo par modalité d'accompagnement des usagers transparaît (ambulatorio et accueil de jour).

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N° IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
						L'analyse des causes d'absentéisme a été menée. Un plan d'action visant à recruter et stabiliser les effectifs a été mis en place sur les 3 sites	La mission d'inspection constate à ce jour, que le plan d'action dédié aux ressources humaines visant à stabiliser les effectifs et à lutter contre l'absentéisme, ne détaille aucune mesure visant à accompagner la transformation du changement à destination des professionnels de l'établissement vers un fonctionnement en plateforme de services coordonnés. La direction de l'établissement doit transmettre : - Les contrats de travail des professionnels dont le recrutement a abouti pour l'unité territoriale Nord (Saint-Thibault-des-Vignes) ; - Les preuves de recherche et de recrutement pour les postes vacants au sein de l'unité territoriale Sud (Bois-le-Roi) ; - Un plan d'action détaillant les mesures prises afin d'accompagner les professionnels au changement, stabiliser les effectifs et finaliser les recrutements dans le cadre d'une transformation en plateforme de services coordonnés Prescription maintenue Délai 3 mois
P11	Prescription	2.1.7 E23	Fonctions support Gestion des ressources humaines	La direction de l'établissement doit améliorer le suivi pour l'ensemble des dossiers administratifs des professionnels : - Tracer la consultation des casiers judiciaires B2 et B3.	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]	Le document remis est la liste des documents constituant les dossiers administratifs du personnel.	Il n'est pas répondu à la prescription. En attendant la mise en place des certificats d'honorabilité, l'établissement doit : - Fournir la preuve de la suppression des extraits des casiers judiciaires B3 des dossiers des salariés ; - Mettre en place un registre de traçabilité ou preuves attestant de la consultation des extraits de casiers judiciaires pour l'ensemble des salariés. Prescription maintenue Délai 3 mois
P12	Prescription	2.1.8 E24	Fonctions support Gestion des ressources humaines	Concernant le plan de formation, la direction de l'établissement doit : - Transmettre le plan de formation de l'année 2024 pour l'ensemble des sites de l'établissement ; - Pour l'année 2025, formaliser, compléter et tracer le plan de formation ;	Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence - Légifrance Article J 3 - Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les	Carence de réponse de l'établissement.	Prescription maintenue Délai 1 mois

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
P13	Prescription	2.2.2 E25	Fonctions support Gestion des informations	- Organiser les formations, tracer l'intégralité des formations prévues ou réalisées telles que celles en relation avec la promotion de la bientraitance, relatives aux comportements problématiques ou à la communication alternative ; - Organiser les formations réglementaires nécessaires à garantir la sécurité des personnes accueillies (formations aux gestes et soins d'urgences ou relatives à la sécurité incendie) ; - Transmettre les preuves de réalisation de l'ensemble des actions précitées.	risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP) HAS- RBPP-Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent – Méthode formalisée-2012 CRAIF-Centre de ressources autisme île de France _ Quels outils et méthodes d'intervention	La direction transmet le bon de commande du registre des présences quotidiennes.	La direction de l'établissement doit : - Transmettre la preuve (photos du registre, avec page de garde, enregistrement sur les différents feuillets) de mise en place du registre ; - Tracer les présences quotidiennes et transmettre la copie des feuillets renseignés quotidiennement. Prescription maintenue Délai 1 mois
				La direction de l'établissement doit mettre en place et tenir à jour quotidiennement un registre de présences quotidiennes.	D312-59-7 2° CASF (registre des présences quotidiennes)	La direction de l'établissement transmet :	L'établissement ne répond pas à la prescription. Les preuves de mise à jour des dossiers des usagers n'ont pas été transmises. Les preuves de formations sur le logiciel Airmes n'ont pas été transmises pour les personnels soignants et les professionnels libéraux extérieurs à l'établissement. La direction de l'établissement doit transmettre : - Un échantillon de 5 dossiers administratifs anonymisés des usagers mis à jour ; - Une extraction de 5 dossiers de soins anonymisés prouvant la traçabilité des soins par les soignants et les transmissions des professionnels libéraux extérieurs. Prescription maintenue Délai 6 mois
P14	Prescription	2.2.3 2.2.4 2.2.5 3.11.15 E26 E27 E47 R15 R16	Fonctions support Gestion des informations	La direction de l'établissement doit mener des actions correctrices afin d'améliorer le suivi des dossiers des usagers. Concernant les dossiers administratifs, ils doivent être mis à jour avec l'exhaustivité des pièces réglementaires attendues (cf. rapport). Concernant les dossiers médicaux : - La complétude et la mise à jour des dossiers doit être systématique et harmonisée. L'ensemble des documents doivent être signés ; - Les soignants doivent être formés à la traçabilité des soins dès la mise en place du logiciel de soin unique ; - Les transmissions des professionnels libéraux extérieurs doivent être systématiquement intégrées dans les dossiers des usagers.	D312-59-5 CASF D312-59-6 CASF R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données cliniques) R4311-2 CSP (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers) R4321-2 CSP (transmission info et bilan du kiné au médecin prescripteur) L1111-7 CSP (usager a accès à ses infos de santé/Autorité parentale si mineur)	La direction de l'établissement transmet :	La direction de l'établissement ne répond pas à la prescription. Les preuves de mise à jour des dossiers des usagers n'ont pas été transmises. Les preuves de formations sur le logiciel Airmes n'ont pas été transmises pour les personnels soignants et les professionnels libéraux extérieurs à l'établissement. La direction de l'établissement doit transmettre : - La description du plan de classement du logiciel Airmes ; - La description du plan de classement du logiciel Airmes. Prescription maintenue Délai 6 mois
P15	Prescription	2.3.1 E28 R17	Fonctions support	La direction de l'établissement doit organiser les affichages et les accès permettant une circulation fluide et sécurisée pour le public accueilli :	D312-59-17 citant le D312-32 CASF (accessibilité conforme des locaux) L. 311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)	La direction de l'établissement transmet :	Prescription levée

Ref	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
			Bâtiments espaces extérieurs et équipements	- Afin d'apporter une information claire au public accueilli, la signalétique doit être en corrélation avec l'organisation réelle de la plateforme. A titre d'exemple, les locaux doivent pouvoir s'organiser en unités de parcours incluant les bureaux des référents des jeunes accompagnés, - Les circulations et passerelles doivent être pourvues de revêtements antidérapants.		- Les preuves de mise en place de signalétiques internes et externes ; - Les travaux de transformation de la passerelle glissante en dalle bétonnée.	
P16	Prescription	2.5.1 E29	Fonctions support Sécurités	Concernant les des déchets associés aux soins à risques infectieux (DASRI), la direction de l'établissement doit : - Formaliser un protocole concernant le stockage des DASRI et identifier le lieu de stockage avant enlèvement ; - Établir un contrat d'enlèvement des DASRI avec un prestataire habilité.	<u>R1335-3 CSP (Convention pour l'élimination des DASRI)</u> <u>Arrêté du 7 septembre 1999 (modalités d'entreposage des DASRI et pièces anatomiques)</u> <u>Arrêté du 24 novembre 2003 (emballages des DASRI et pièces anatomiques)</u>	L'établissement transmet : - Deux conventions d'officine prévoyant l'enlèvement et l'élimination des DASRI du site principal de Saint-Thibault-des-Vignes et du site secondaire de Bois-le-Roi ; - Un protocole d'élimination des DASRI.	La mission d'inspection constate que les conventions d'officine et le protocole d'élimination des DASRI fournis sont conformes. Prescription levée.
P17	Prescription	3.1.2 E30	Prises en charges Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction de l'établissement doit formaliser un document individuel de prise en charge unique prenant en compte la transformation de l'offre en fonctionnement de plateforme de services coordonnés. Ce document doit comprendre l'ensemble des thématiques réglementaires mentionnées à l'art. L311-4 du CASF.	<u>L311-4(4e alinéa) CASF (participation de l'usager au DIPC)</u> <u>L311-4(5e alinéa) CASF (consentement de l'usager au DIPC)</u>	L'établissement transmet un formulaire de demande de prise en charge.	Le document de prise en charge transmis, ne répond pas à la présente prescription pour les usagers pris en charge à partir de 18 ans et reste en écart : - La recherche du consentement éclairé auprès de l'usager et de sa famille n'y sont pas mentionnés ; - La possibilité de désigner une personne de confiance, l'annexe d'information et de désignation de la personne de confiance ne sont pas mentionnées dans le document ; - Le paragraphe 7 prévoit la suspension de l'accompagnement dans le cas de la mise en danger de la santé ou la sécurité de l'enfant accueilli ou de celle des autres enfants ou adultes ou porte gravement atteinte aux biens ; - Le paragraphe 9 mentionne que les décisions de fin d'accompagnement sont proposées par la directrice. Les paragraphes 7 et 9 doivent citer l'article L241-6 du CASF pour lever toute ambiguïté. La mission d'inspection constate que le formulaire du document individuel de prise en charge est non conforme, et contrevient notamment aux dispositions des articles L311-4 du CASF. La direction de l'établissement doit transmettre le document modifié et validé par le CVS, accompagné du procès-verbal de réunion en mentionnant la présentation.

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Theme et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Decision et délai de mise en œuvre
							Prescription maintenue Délai 6 mois
P18	Prescription	3.1.3 E31	Prises en charges Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction de l'établissement doit mettre à jour le livret d'accueil en correspondance avec le fonctionnement réel de l'établissement sur plusieurs sites. Le livret d'accueil doit comprendre les annexes réglementaires attendues qui doivent être remis à la personne accueillie ou à sa famille.	<u>L311-4 CASF (livret d'accueil remis à l'usager et son représentant légal)</u> <u>Circ. DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 contenu du livret d'accueil</u>	L'établissement transmet le livret d'accueil avec en annexe le règlement de fonctionnement. Le livret d'accueil est non conforme. Le paragraphe « cadre contractuel du projet » fait la distinction selon la modalité d'accompagnement hébergement, ambulatoire et accueil de jour. Il y est précisé qu'un contrat de séjour est proposé pour l'hébergement et qu'un document individuel de prise en charge est proposé pour l'accueil de jour ou l'accompagnement en ambulatoire. Ce constat n'est pas en accord avec l'exécution de la prescription P17 supra concernant la mise en place d'un document individuel de prise en charge par un formulaire unique proposant un parcours individualisé toutes les modalités d'accompagnement des usagers en mode séquentiel. Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme. L'article 9 précise que la fin de l'accompagnement peut être décidé à l'initiative de l'établissement lorsqu'il n'y a pas de notification de fin de prise en charge ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'art L 241-6 du CASF. La mission d'inspection constate : - Une distinction entre les documents de prise en charge selon le type de modalité d'accompagnement ; - Que l'ensemble des outils de la Loi 2002-2 ne sont pas harmonisés, notamment le livret d'accueil et le document individuel de prise en charge ; - Des non-conformités concernant la suspension et l'interruption des prises en charges La direction de l'établissement doit modifier le règlement de fonctionnement, et transmettre le procès-verbal de réunion du CVS durant laquelle il aura été présenté.	Prescription maintenue Délai 6 mois

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
P19	Prescription	3.1.8 E32	Prises en charges Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'établissement doit fournir la preuve du suivi des usagers dans les 3 ans suivant leur sortie. Concernant le projet personnalisé d'accompagnement (PPA), la direction de l'établissement doit pour l'ensemble des 3 sites : - Formaliser un protocole de mise en place et de réévaluation périodique des PPA ; - Associer les familles des usagers dès le début de l'élaboration du PPA ; - Mettre en place un calendrier de mise à jour et de réévaluation des PPA avec un indicateur de progression ; - Désigner les référents PPA en charge de mise à jour des PPA en lien avec la psychologue de l'établissement ; - Transmettre l'ensemble des documents prouvant la mise en œuvre des actions précitées.	<u>D312-59-2-5° CASF</u> <u>D312-59-5</u> <u>D312-59-8 (CASF)</u> <u>D312-59-10 (alinéa 2) CASF</u> <u>L311-3 (3°) CASF (PPA et consentement l'usager)</u>	La direction transmet les preuves de suivi des usagers dans les 3 ans suivants leurs sorties. Il existe bien une instruction « mise en œuvre des PPA » transmise avec les éléments de preuve dans le cadre de la visite d'inspection, indiquant en page 3 les modalités de réévaluation périodique à périodicité régulière : « une première évaluation du PPA a lieu à minima 6 mois après l'élaboration initiale du projet (évaluation semestrielle), 6 mois au plus tard soit un an après l'élaboration du PPA ce dernier est réévalué et ajusté. » Les autres points de la prescription seront formalisés et transmis selon les délais attendus. Pièces-justificatives : - Désignation des référents PPA ; - P.20 Association les familles au PPA ; - P.20 Calendrier des synthèses - Mise en œuvre du projet personnalisé d'accompagnement ppa ditep_mosaic_ues	Prescription levée La mission d'inspection prend acte des premières mesures mises en place : - D'une référence suivie par un éducateur et les psychologues de l'établissement ; - D'un protocole de mise en place et de suivi des PPA ; - De l'association des familles lors de la mise en place du PPA ; - D'un calendrier de mise à jour et de réévaluation des PPA. La mission d'inspection constate que le protocole de mise en place et de suivi des PPA annonce un délai de 8 semaines contre 3 mois annoncés dans le DIPEC pour la mise en place du PPA ; L'établissement doit compléter les actions entreprises et transmettre les éléments de preuves suivants : - Un échantillon de 5 PPA mis à jour et co-signés par la famille ; - Le calendrier avec indicateur de progression permettant de constater la tenue des échéances de suivi de PPA pour les enfants accompagnés par le DITEP sur l'année scolaire 2025/2026. - Les preuves d'harmonisation entre le DIPEC et le protocole de mise en place et de suivi des PPA concernant le délai de mise en œuvre du PPA. Prescription maintenue Délai 6 mois
P20	Prescription	3.2.1 E34 E35 E36	Prises en charges Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction doit : - Mettre à jour l'arrêté relatif aux personnes qualifiées affiché dans l'établissement et mentionné dans les outils de la loi 2002-2 ; - Mettre à jour les outils réglementaires de la Loi 2002-2 pour répondre à l'obligation d'informer	<u>L311-3 (6°) CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition)</u> <u>L311-5 CASF (appel à une personne qualifiée)</u>	L'établissement transmet : - un extrait de l'arrêté de désignation des personnes qualifiées portant uniquement sur la liste des personnes qualifiées. Sans accéder à	La mission d'inspection constate la mise en œuvre partielle de la prescription. L'établissement doit afficher l'arrêté n°2024-ETS-CST-076 du 3 février 2024 relatif à la désignation des personnes qualifiées et de ses 2 annexes.
P21	Prescription	3.3.1 3.3.2 E37 E38	Prises en charges				

Ref	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
			Respect des droits des personnes	- les usagers majeurs de la possibilité de désigner une personne de confiance ; - Transmettre les preuves d'affichage (photo), le document individuel de prise en charge, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil modifiés.	<u>D311-0-4 CASF (ESSMS informe l'usager sur la personne de confiance)</u> <u>Annexe 4-10 CASF (désignation et mission de la personne de confiance)</u> <u>L311-4 (alinéa 4) CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente)</u> <u>L311-5-1 CASF (désignation d'une personne de confiance)</u>	l'intégralité de l'arrêté, l'information actualisée de l'usager n'est pas garantie ; - les documents de la Loi 2002-2 mis à jour, précisant la possibilité de désigner une personne de confiance et informant de la possibilité de recours aux personnes qualifiées.	Le règlement de fonctionnement transmis est un document provisoire qui n'a pas été présenté en CVS. Le procès-verbal de réunion du CVS du 19 novembre 2025 n'a pas été transmis. Le livret d'accueil modifié n'a pas été transmis. Comme mentionné en réponse à la prescription P17, le document individuel de prise en charge n'a pas été modifié et n'est pas conforme. Prescription maintenue Délai 1 mois
P22	Prescription	3.4.1 3.4.2 3.4.3 E39 E40 R21	Prises en charges Vie sociale et relationnelle	Afin de favoriser le développement personnel, l'intégration sociale et la vie affective des usagers, la direction de l'établissement doit formaliser et mettre en œuvre une procédure relative à l'intimité ou à la vie affectives des personnes accueillies.	<u>Circulaire DGCS/SD3B/2021/147 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</u> <u>D312-59-2 (4°) CASF et D312-10-6 CASF</u> <u>D312-59-5 2° CASF (PPA comporte une composante thérapeutique, éducative et pédagogique)</u> <u>D312-59-6 CASF (PPA comporte notamment le projet personnalisé de scolarisation)</u>	Carence de réponse de l'établissement.	La direction de l'établissement doit transmettre la preuve de la présence du PPS annexé au PPA. Il est attendu la transmission de 9 PPA accompagné de 9 PPS correspondants. Prescription maintenue Délai 1 mois
P23	Prescription	3.8.2 3.9.4 E42 E43	Prises en charges Champs de l'éducation	La direction de l'établissement doit : - Pour chaque personne prise en charge établir des emplois du temps uniques et individualisés conformément au PPA. Cet emploi du temps doit prendre en compte l'intégralité du parcours global de l'usager relevant des champs thérapeutiques, pédagogiques et éducatifs et du droit commun. - S'assurer de la présence du projet personnalisé de scolarisation établi par la CDAPH dans chaque dossier individualisé et annexé au PPA.		L'établissement a transmis : - Les emplois du temps individualisés pour chaque enfant pris en charge sur chacun des trois sites de l'établissement unitaire territoriale de Bois-le-Roi (59 emplois du temps), unité territoriale de Saint-Thibault-des-Vignes (19 emplois du temps) et unité territoriale de Coulommiers (33 emplois du temps) ; - Un protocole de mise en œuvre du projet personnalisé d'accompagnement pour chaque usager.	
P24	Prescription	3.10.2 E44	Prises en charges	La direction de l'établissement doit :	<u>D312-59-2 (4°) CASF</u> <u>D312-10-6 CASF</u>	Carence de réponse de l'établissement.	Prescription fusionnée avec la prescription n°1 requilifiée en injonction I8

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N° IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
			Champs de l'éducation	- Mobiliser toutes les possibilités d'insertions professionnelles disponibles sur le territoire sans restreindre les opportunités d'orientation des personnes accueillies en ESAT ou en IMPRO. Pour ce faire, la direction de l'établissement doit notamment mettre en place des conventions avec des établissements professionnels comme définit par l'Art D312-10-6 du CASF ; - Assurer l'accompagnement des jeunes en exécutant les missions d'insertion professionnelle qui incombent au DITEP.			
P25	Prescription	3.11.3 E46	Prises en charges Champs thérapeutiques	La direction de l'établissement doit : - Assurer la parfaite information du public, des professionnels et des personnes accueillies sur la localisation du défibrillateur automatique externe (DAE) en le signalant de manière claire et visible ; - S'assurer de l'état de fonctionnement du DAE ; - Déployer un DAE pour les 2 bâtiments accueillant du public.	<u>Articles R157-1 à 4 du COH</u> (Signalétique, mutualisation DAE sur un même site, maintenance et contrôles à charge du responsable ERP) <u>Article R3212-25 du CSP</u> <u>Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes</u> <u>Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)</u>	Le décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 précise l'obligation d'équiper certains établissements recevant du public (ERP) en DAE selon leur catégorie (catégorie 1 à 3 à partir de janvier 2020, catégorie 4) à partir de janvier 2021, et de certains ERP de catégorie 4 à partir de janvier 2022 (Légifrance). Il dispose également que, lorsque plusieurs ERP sont situés sur le même site géographique, l'équipement en DAE peut être mutualisé. Si le décret n'évoque pas explicitement de délai, les documents explicatifs du ministère de la santé précisent que l'accès au DAE mutualisé doit pouvoir se faire « dans un délai compatible avec l'urgence cardiaque », généralement estimé à moins de cinq minutes (Ministère de la santé). Dans notre cas, après analyse, le DAE installé dans le bâtiment A à Saint-Thibault-des-Vignes est accessible depuis le bâtiment B en un temps inférieur à cinq minutes, ce qui répond aux	L'écart initial à la réglementation a été constaté uniquement sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes. Pour les sites de Saint-Thibault-des-Vignes et de Bois-le-Roi, l'établissement transmet : - Les preuves de mise en place des signalétiques informant le public de l'emplacement des défibrillateurs automatiques externes ; - Le contrat de location et de maintenance pour 2 défibrillateurs automatiques externes ; - Les registres de maintenance pour les 2 défibrillateurs automatiques externes déployés sur chacun des sites. L'organisme gestionnaire déclare que l'utilisation d'un seul DAE sur l'ensemble des bâtiments du site de Saint-Thibault-des-Vignes, catégorisé comme un seul site catégorisé établissement recevant du public, permet l'utilisation en moins de 5 minutes pour répondre à une urgence cardiaque. Néanmoins, aux vues des éléments médicaux consultés, la mission d'inspection recommande la mise en place d'un deuxième DAE sur le site inspecté de Saint-Thibault-des-Vignes » Prescription requilifiée en recommandation

Ref	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Decision et délai de mise en œuvre
						critères réglementaires de mutualisation. Le DAE installé dans le bâtiment principal de Bois-le-Roi est accessible depuis l'école en un temps inférieur à cinq minutes, ce qui répond aux critères réglementaires de mutualisation. Néanmoins, nous souhaitons naturellement garantir la sécurité des enfants accueillis, des professionnels et des visiteurs. C'est pourquoi nous souhaiterions savoir si, dans ce contexte la présente prescription concernant l'installation de deux DAE supplémentaires doit toujours être maintenue ou si la solution actuelle est considérée comme conforme.	
P26	Prescription	4.1.1 E48	Relations avec l'extérieur Environnement	Afin de favoriser la médiation et l'insertion de la structure dans la population locale et dans l'environnement immédiat, la direction de l'établissement devrait rechercher des partenariats, formaliser et mettre à jour des conventions La direction de l'établissement doit : — Pourvoir l'ensemble des postes de référents ; — Identifier l'ensemble des référents au sein de la structure et rendre l'information accessible à l'ensemble des professionnels de l'établissement, - Organiser les séances de sensibilisation à l'amélioration continue de la qualité, aux bonnes pratiques liées à la bientraitance et pour l'ensemble des thématiques.	<u>L114-1 (1^{er} alinéa) CASF (Accès aux droit fondamentaux et le plein exercice de la citoyenneté)</u>	Carence de réponse de l'établissement.	Prescription maintenue Délai 6 mois
P27	Prescription	1.4.1 1.4.2 R8 R9	Gouvernance Gestion de la qualité		<u>HAS. "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance". 2008</u>	Pièces-justificatives : - Offre emploi 2025 Référent bientraitance ; - Offre emploi 2025 Référent éthique Pôle MSE ; - DITEP Mosaïques Liste des référents 11092025 ; - Emargement - aux sensiblisation de la démarche qualité UT Nord ; - Emargement - sensiblisation aux thématiques de la démarche qualité UT Sud	Les séances de sensibilisation à l'amélioration continue de la qualité ont été menées. Les offres d'emploi pour les postes de référent bientraitance et référent éthique ont été communiquées. Cependant, l'établissement ne répond que partiellement à la prescription. La direction de l'établissement doit : — Pourvoir l'ensemble des postes de référents et transmettre les contrats d'embauche dès le recrutement effectif ; — Organiser les séances de sensibilisation aux bonnes pratiques liées à la bientraitance et pour l'ensemble des thématiques. Prescription maintenue

Ref	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
							Délai 6 mois
P28	Prescription	2.1.12 2.1.13 2.1.15 R11 R12 R14	Fonctions support Gestion des ressources humaines	La direction de l'établissement doit établir et transmettre : - Pour l'ensemble des sites, les plannings lisibles correspondant au fonctionnement réel et en plateforme avec légendes pour l'ensemble du personnel de l'établissement mentionnant notamment la présence de l'infirmière ; - Afin de garantir la prise en charge médicamenteuse et d'éviter les glissements de tâches en cas d'absence de l'IDE supérieur à 15 jours : *Formaliser une procédure de remplacement de l'IDE; *Mettre à jour la procédure de délégation de tâches; *Identifier et former les professionnels procédant au remplacement de l'IDE ; *Faire figurer au planning les jours de présence et de remplacement de l'IDE. - Transmettre les preuves de réalisation des actions précitées. La direction de l'établissement doit expliciter la procédure de préadmission et d'admission en vigueur afin d'assurer la continuité des admissions en l'absence du médecin psychiatre et de l'assistante sociale.	<u>L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS</u> <u>D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES (AMP, AVS))</u> <u>R4311-1 CSP (missions IDE)</u> <u>L311-3 (1°) CASF (Sécurité de l'usager)</u>	Pièces-justificatives : - Protocole de prise en charge médicamenteuse ; - Planning de l'unité territoriale Nord ; - Planning de l'unité territoriale Sud ; - Planning de l'unité territoriale Est ;	La mission d'inspection accuse réception du protocole de prise en charge médicamenteuse et des plannings des trois unités territoriales du DITEP Mosaïques. Les plannings transmis ne permettent pas d'identifier : - Le fonctionnement du service d'hébergement ; - Le remplacement de l'infirmière et la dispensation des médicaments comme acte de la vie courante en cas d'absence conformément aux instructions précisées dans le protocole transmis. Les preuves de formation des professionnels à la dispensation des médicaments n'ont pas été transmises Prescription maintenue Délai 6 mois
P29	Prescription	3.1.1 R19	Prises en charges Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction de l'établissement doit expliciter la procédure de préadmission et d'admission en vigueur afin d'assurer la continuité des admissions en l'absence du médecin psychiatre et de l'assistante sociale.	<u>L241-6 CASF (admissions)</u>	La procédure d'admission a été mise à jour afin que le processus d'admission se poursuive en cas d'absence du médecin psychiatre et de l'assistante sociale.	Prescription levée
P30	Prescription	1.1.2 E1 E2 E3	Gouvernance Conformité aux conditions de l'autorisation	La direction de l'établissement doit avec l'appui de l'organisme gestionnaire : - Formaliser et transmettre un plan d'action relatif à la mise en œuvre de la transformation de l'offre et de l'accompagnement au changement permettant de déployer les prises en charge et les accompagnements correspondants à un fonctionnement en plateforme de services coordonnés incluant l'hébergement et le hors les murs. - Transmettre les preuves de la prise en charge des jeunes de 0 à 20 ans conformément à l'autorisation.	<u>L313-1 (1° et 4°) du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation)</u> <u>L312-1 (I - alinéa 17) CASF (différents modes d'accueil)</u> <u>D312-59-3 (alinéa 1) CASF (DITEP D312-59 CASF et suivants SESSAD D312-55 à 58 CASF ACCUEIL TEMPORAIRE D312-8 à 10 CASF)</u>	La direction de l'établissement transmet les documents suivants : - Courrier de déclaration de l'évolution des sites géographiques ; - DITEP Mosaïques_Livret d'accueil_2025 ; - DITEP Mosaïques_L'évolution des pratiques au sein de la plateforme de service_2025 - 07_Dont plan d'action ; - Exemple de notification Via Trajectoire -6ans	Prescription issue de la requalification de l'injonction 11 Délai 1 mois La direction de l'établissement doit : - Mettre à jour le livret d'accueil en y faisant figurer les prises en charge et les accompagnements correspondant à un fonctionnement en plateforme de services coordonnés ; - Transmettre les conclusions des restitutions des groupes de travail ; - Transmettre les indicateurs de progression de la transformation de l'offre et les preuves de fonctionnement en file active toutes modalités d'accompagnement sur les différents sites du DITEP.

Ref	Type de mesures	Réf. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
P31	Prescription	4.2.1 E52	Relations avec l'extérieur Coordination avec les autres secteurs	En l'absence de dotation de médicaments pour soins urgents conditionnée en chariot ou en sac d'urgence, la direction de l'établissement doit organiser, sans délai, un sac d'urgence complet, scellé, vérifié et connu de tous avec médicaments et dispositifs médicaux en s'appuyant sur les outils de l'OMeDIT et Starags.	<u>L311-3 1° du CASP (Sécurité de la personne accueillie)</u> <u>R5126-108 CSP (stock pour besoins urgents)</u> <u>R5126-107 CSP (contenu minimal dans convention avec officine)</u>	L'établissement transmet : - Des bons de commande relatifs à des fournitures médicales (sans autres précisions) pour 2 sacs à dos d'urgence, des scellés de sécurité et des trousses d'urgence ; Un formulaire de traçabilité et d'inventaire de la trousse de secours. Prescription issue de la requalification de l'injonction 17 Délai 1 mois	Les documents transmis ne permettent pas de constater la constitution effective des sacs d'urgence. La direction de l'établissement doit transmettre pour l'ensemble des sites les preuves de mises en place réelles : - Du sac d'urgence complet, scellé, vérifié et connu de tous avec médicaments et dispositifs médicaux en s'appuyant sur les outils de l'OMeDIT et Starags - La liste et l'inventaire du matériel et des médicaments composant le sac d'urgence datée et signée ; - La photographie des matériels d'urgence et des sacs scellés. Prescription issue de la requalification de l'injonction 14. Délai 6 mois
P32	Prescription	1.4.9 2.4.2 E17 R18	Gouvernance Gestion de la qualité	La direction de l'établissement doit : - Formaliser la procédure sur la gestion des comportements problèmes ; - Organiser et tracer les réunions dédiées aux comportements problèmes ; - Mettre en place et tracer les accompagnements spécifiques dédiés aux comportements problèmes ; - Réaliser les travaux de la salle de retrait et d'apaisement dès que possible afin d'apporter l'accompagnement de qualité aux personnes accueillies ; - Dans l'attente de la mise à disposition de la salle de retrait d'apaisement, mettre en place un lieu de substitution ; - Transmettre tous les protocoles formalisés alternatifs à l'utilisation de la salle de retrait ; - Mettre en œuvre une politique de formation, de prévention et de gestion des comportements problèmes ; Transmettre les preuves de réalisation des actions précitées. Conformément à l'arrêté d'autorisation n°2019-200 du 28/10/2019 et afin de répondre aux besoins d'hébergement et d'accompagnement des usagers notamment, la direction de l'établissement doit :	<u>HAS-La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil - février 2019</u> <u>HAS- « Les comportements problèmes » prévention et réponse, volet 1 « Organisation à privilégier et stratégies de prévention » - 2016</u> <u>HAS-« Les « comportements problèmes » : prévention et réponses, volet 2 « Stratégie d'intervention »-2016</u> <u>HAS-« Les « comportements problèmes » : prévention et réponse, volet 3 « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement »-2017</u>	La direction transmet : - Une procédure de gestion des comportements problèmes ; - La politique de formation, prévention et gestion des troubles du comportement en DITEP ; - Le protocole d'utilisation des salles d'apaisement ; - Les photographies des salles d'apaisement ; - L'instruction sur la traçabilité des accompagnements spécifiques dédiés aux comportements problèmes ; Les preuves d'ajustement de plan personnalisé d'accompagnement suite au comportement d'une personne accueillie. Dans le prolongement des documents et locaux mis en place, la direction de l'établissement doit : - Organiser les réunions de bonnes pratiques professionnelles sur l'ensemble des sites du DITEP ; - Transmettre les attestations de présence émargées prouvant la tenue de ces réunions.	La mission d'inspection constate la mise en place de l'ensemble des protocoles dédiés à la gestion des comportements problèmes et d'utilisation de la salle d'apaisement. Ces documents sont datés du mois de novembre 2025. La procédure de gestion des comportements problèmes n'est pas conforme aux bonnes pratiques professionnelles. En effet, le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) doit prendre en compte la thématique des comportements problèmes dès la phase d'évaluation en début d'accompagnement et le PPA doit être mis à jour après analyse lors de la survenue de comportement problème. Dans le prolongement des documents et locaux mis en place, la direction de l'établissement doit : - Organiser les réunions de bonnes pratiques professionnelles sur l'ensemble des sites du DITEP ; - Transmettre les attestations de présence émargées prouvant la tenue de ces réunions.
P33	Prescription	3.6.1 E41	Prises en charges Hébergement	Conformément à l'arrêté d'autorisation n°2019-200 du 28/10/2019 et afin de répondre aux besoins d'hébergement et d'accompagnement des usagers notamment, la direction de l'établissement doit :	<u>D312-59-5 (5°) mise en œuvre du PPA à temps complet ou à temps partiel, en internat, en semi-internat, en externat...</u> <u>Arrêté d'autorisation n°2019-200 du 28/10/2019 d'extension de 10</u>	Dans le cadre du fonctionnement de la modalité d'hébergement, quatre postes par unité sont nécessaires. La répartition est la suivante : trois	La mission d'inspection constate : - La reprise progressive du service d'hébergement. ; - Que l'unité territoriale nord propose 5 places en hébergement et que l'unité territoriale sud propose 7 places en hébergement.

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
				Mettre en œuvre la modalité d'accueil en hébergement dans les locaux du DITEP et hors les murs ; Recruter et affecter le personnel nécessaire au fonctionnement de l'hébergement et possédant les qualifications nécessaires afin d'assurer les fonctions éducatives et la surveillance la nuit ; Formaliser et transmettre le règlement de fonctionnement incluant l'internat	<u>places d'une part. par transformation de 5 places de placement familial spécialisé et 8 places d'internat en 8 places de semi-internat et, d'autre part, par extension de 5 places de semi-internat et de 10 places de prestation en milieu ordinaire, portant la capacité totale de l'établissement et service médico-social 77 Mosaïques fonctionnant en plateforme.</u>	éducateurs spécialisés ainsi qu'un veilleur de nuit. Vous trouverez ci-après un état d'avancement des recrutements en cours : Unité territoriale Sud : -1 éducatrice spécialisée recrutée en CDI et arrivée le 25/08/2025 -1 éducateur spécialisé recruté en CDI et arrivé le 06/10/2025 -1 poste de veilleur de nuit en CDI est pourvu, la personne prendra son poste le lundi 5/01/2026 -1 poste d'éducateur spécialisé en CDD est à pourvoir Unité territoriale Nord : -1 éducatrice spécialisée recrutée en CDI et arrivée le 06/05/2025 -Un éducateur spécialisé recruté en CDI, avec une arrivée prévue le 24/11/2025 -1 poste de veilleur de nuit en CDD est pourvu, la personne débutera en décembre -1 poste d'éducateur spécialisé en CDD est à pourvoir Dans l'attente de la clôture des recrutements, une ouverture partielle des internats va être effectuée. L'objectif est ici de pouvoir offrir un minimum d'accompagnement, dans l'attente de les ouvrir totalement. Cela a été échangé avec les instances représentatives du personnel. Dans l'attente :	La direction de l'établissement doit transmettre les preuves suivantes : - Les preuves de recrutement de l'ensemble du personnel nécessaire au bon fonctionnement ; - Les contrats de séjour et projets personnalisés d'accompagnement des jeunes bénéficiant de l'hébergement en tant que modalité d'accompagnement. Prescription issue de la requalification de l'injonction 15. Délai 6 mois

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision et délai de mise en œuvre
						Unité territoriale Nord : Dans l'attente du recrutement complet de l'équipe, l'internat va pouvoir ouvrir dans un premier temps à raison de deux nuits par semaine. Cette réouverture partielle permettra d'accueillir trois enfants. Les plannings sont prêts, les professionnels sont informés. Nous attendons cependant la prochaine réunion avec la CSSCT le 2 décembre 2025 pour que cela soit pleinement validé. La CSSCT souhaite visiter les internats en amont de leur réouverture, cette visite se fera le 25 novembre pour Saint-Thibault.	

Ref	Type de mesures	Ref. Rapport / N°IGAS	Thème et sous thème IGAS	Mesures notifiées	Texte de référence	Réponse de l'établissement	Décision
R1	Recommandation	1.2.5 R2	Gouvernance Management et stratégie	La direction de l'établissement devrait : Mettre à jour l'organigramme en y détaillant les missions des personnels et en y précisant les liens fonctionnels et hiérarchiques pour l'ensemble des sites du DITEP Mosaïques ; Afficher l'organigramme mis à jour et transmettre la preuve de l'affichage.			
R2	Recommandation	1.2.6 1.2.13 R3 R6	Gouvernance Management et stratégie	La direction de l'établissement devrait 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 précisant les quotités d'ETP dédiées à la direction de la plateforme. Afin d'assurer des accompagnements et une prise en charge de qualité de l'usager conformément à l'art L311-3 (3°) CASF, la direction et l'organisme gestionnaire doivent consolider le fonctionnement de la plateforme en procédant à des recrutements pérennes visant à stabiliser les effectifs afin d'assurer une prise en charge de qualité.			
R3	Recommandation	1.2.14 R7	Gouvernance Management et stratégie		L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité de l'usager) HAS-RBPP pour le secteur social et médico-social-2020 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%)		
R4	Recommandation	2.1.10 R10	Fonctions support Gestion des ressources humaines	La direction de l'établissement devrait formaliser et transmettre un livret d'accueil destiné aux nouveaux arrivants précisant notamment : - L'accompagnement par un référent ; - La mise à disposition d'une fiche de tâches héurées ; - L'accès aux procédures d'urgence et de soins, aux procédures de prescription de contention et procédure de signalement ; La mise à disposition d'identifiants informatiques personnels.	HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 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 « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » juillet 2008		
R5	Recommandation	3.1.4 R20	Prises en charge Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La direction de l'établissement devrait mener une action de sensibilisation auprès des familles visant à identifier les médecins traitants libéraux ou à mettre en place un suivi par la famille.			

R6	Recommandation	3.7.2 R22	Prises en charge L'alimentation	La direction devrait mettre en place et tracer le suivi nutritionnel.	D312-59-9 CASF et D230-29 Code Rural et de la pêche maritime (exigences requises pour équilibre nutritionnel en ESMS). L311-3 (3°) CASF (PEC et accompagnement de qualité)		
R7	Recommandation	3.12.1 R23	Prises en charge Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	La direction devrait formaliser et transmettre la procédure de vérification de la température du réfrigérateur lorsque l'infirmière est absente de façon que tous les jours la température soit vérifiée.			
R8	Recommandation	2.1.7 2.1.14 E23 R13	Fonctions support Gestion des ressources humaines	La direction de l'établissement devrait améliorer le suivi pour l'ensemble des dossiers administratifs des professionnels : - Formaliser, rendre accessible les fiches de postes pour tous les professionnels respectant les référentiels métier et les porter à connaissance des professionnels ; - Tracer et rendre accessible les comptes-rendus d'entretien des professionnels dans leur dossier.	L6315-1 Code du travail (entretien professionnel-Secteur privé) Décret 2019-381 du 29 avril 2019 (Professions réglementées nécessitant la consultation du casier judiciaire pour protéger la sécurité des personnes et des biens)		
R9	Recommandation	3.11.3 E46	Prises en charges Champs thérapeutiques	La direction de l'établissement doit : - Assurer la parfaite information du public, des professionnels et des personnes accueillies sur la localisation du défibrillateur automatique externe (DAE) en le signalant de manière claire et visible ; - S'assurer de l'état de fonctionnement du DAE ; - Déployer un DAE pour les 2 bâtiments accueillant du public.	Articles R157-1 à 4 du CCH (Signalétique, mutualisation DAE sur un même site, maintenance et contrôles à charge du responsable ERP) Article R5212-25 du CSP Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)	Le décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 précise l'obligation d'équiper certains établissements recevant du public (ERP) en DAE selon leur catégorie (catégorie 1 à 3 à partir de janvier 2020, catégorie 4) ERP de catégorie 4 à partir de janvier 2022) (Légifrance). Il dispose également que, lorsque plusieurs ERP sont situés sur le même site géographique, l'équipement en DAE peut être mutualisé. Si le décret n'évoque pas explicitement de délai, les documents explicatifs du ministère de la santé précisent que l'accès au DAE mutualisé doit pouvoir se faire « dans un délai compatible avec l'urgence cardiaque », généralement estimé à moins de cinq minutes (Ministère de la santé). Dans notre cas, après analyse, le DAE installé dans le bâtiment A à Saint-	L'écart initial à la réglementation a été constaté uniquement sur le site de Saint-Thibault-des-Vignes. Pour les sites de Saint-Thibault-des-Vignes e de Bois-le-Roi, l'établissement transmet : - Les preuves de mise en place des signalétiques informant le public de l'emplacement des défibrillateurs automatiques externes ; - Le contrat de location et de maintenance pour 2 défibrillateurs automatiques externes ; - Les registres de maintenance pour les défibrillateurs automatiques externes déployés sur chacun des sites. L'organisme gestionnaire déclare que l'utilisation d'un seul DAE sur l'ensemble des bâtiments du site de Saint-Thibault-des-Vignes, catégorisé comme un seul site catégorisé établissement recevant du public permet l'utilisation en moins de 5 minutes.

