

Délégation Départementale du Val d'Oise
Département autonomie

Institut médico-éducatif « Le Clos Fleuri » Association APAJH 95 105 rue du 18 juin 95120 ERMONT N° FINESS 950780056	
RAPPORT D'INSPECTION 2024_IDF_00696 Déplacement sur site le 1^{er} juillet 2024	
Mission conduite par : - Accompagné de : - - -	
<u>Textes de référence</u>	- Article L313-13, III du Code de l'action sociale et des familles - Article L331-3 du code de l'action sociale et des familles - Article L1421-1 du Code de la santé publique - Article L1421-3 du Code de la santé publique - Article L1435-7 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 droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- 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.

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 en matière commerciale et industrielle ;
- 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 disjointer, 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.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
1.1 Contexte de la mission d'inspection	5
1.2 Modalités de mise en œuvre	5
2. Présentation de l'établissement	6
3. Gouvernance.....	7
4. Fonctions support	19
5. Prise en charge	24
6. Conclusion	34
7. Annexes.....	37
1.1 Note médicale	37
1. Sécurités sanitaires.....	38
2. Prise en charge	41
3. Soins	50
4. Conclusion	67
1.2 Lettre de mission.....	68
1.3 Liste des personnes rencontrées en entretien	70
1.4 Liste des documents consultés/recueillis.....	71

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Cette mission d'inspection a été diligentée suite au décès d'un enfant accompagné au sein de l'IME le 28 mai 2024.

Elle investiguera notamment la gouvernance, les processus d'admission et de sortie des usagers, l'information et la participation de l'usager et de son représentant légal, la qualité de la prise en charge sanitaire et éducative des enfants accueillis ainsi que la démarche qualité et gestion des risques, conformément aux dispositions générales des articles L. 312-1-I, 2^o¹ et D. 312-0-1, 1^o du code de l'action sociale et des familles (CASF), aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des articles D. 312-11 à D.312-40 et D. 312-60 à D. 312-74 du même code et aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette mission d'inspection a été réalisée de manière inopinée sur le fondement des articles L. 313-13, L. 313-14 et L. 313-14-1 du Code de l'action sociale et des familles et des articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du Code de la santé publique (CSP).

La mission d'inspection diligentée au sein de l'IME « le Clos Fleuri » a réalisé le 1^{er} juillet 2024 et a mené six entretiens avec des salariés, l'équipe de direction et un parent. Elle a été très bien accueillie et a eu accès aux pièces demandées.

Une note est jointe au présent rapport, relative aux éléments médicaux constatés par l'équipe médicale lors de la mission d'inspection.

¹ Article L. 312-1-I, 2^o du CASF : I.- Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : (...)

2^o Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (...).

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte de la mission d'inspection

Cette mission d'inspection a été diligentée suite au décès d'un garçon accompagné au sein de l'IME le 28 mai 2024.

Cette mission a pour objet d'investiguer, sur le fondement des articles L. 313-13², L. 313-14 et L. 313-14-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), la gouvernance, les processus d'admission et de sortie des usagers, l'information et la participation de l'usager et de son représentant légal, la qualité de la prise en charge éducative des enfants accueillis ainsi que la démarche qualité et gestion des risques.

La prise en charge sanitaire a été explorée par une équipe de médecins dont la note sera annexée au présent rapport.

1.2 Modalités de mise en œuvre

Les instituts médico-éducatifs (IME) sont définis aux articles L. 312-1, I, 2^o³ et D. 312-0-1, 1^o⁴ du CASF. Ils accueillent et accompagnent, conformément à l'article D. 312-83 du CASF et sur décision d'orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), des enfants ou adolescents présentant un handicap tel que défini au 5^o de l'article D. 312-0-3. « Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale ».

Cette mission d'inspection a été menée de manière inopinée sur la base des articles L.1431-2 2^o e) du code de Santé publique (CSP) et L.313-13 III et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces et sur place⁵ et s'est rendue dans les locaux de l'établissement le 1^{er} juillet 2024. Au cours de cette visite, cette équipe a rencontré la directrice, quatre salariés et un parent. A l'issue de cette visite, une synthèse a été réalisée et partagée avec l'équipe de direction.

² Article L.313-13-III du CASF : « Pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil relevant de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les personnels des agences régionales de santé mentionnés aux articles L.1421-1 et L.1435-7 du code de la santé publique et les autres personnes susceptibles de les assister ».

³ Article L.312-1, I, alinéa 7 du CASF : « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre (...) qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ».

⁵ Lettre de mission en annexe 1.2

⁶ Liste des documents consultés par la mission en annexe 1.4

2. Présentation de l'établissement

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	APAJH du Val d'Oise
Adresse de l'organisme :	5, rue Pasteur
Code postal :	CS 50079 – 95151
Ville :	TAVERNY Cedex
Courriel :	
Téléphone fixe :	
Coordonnées de la structure :	
Adresse :	105, rue du 18 juin
Code postal :	95120
Ville :	ERMONT
Téléphone fixe :	
Type d'établissement / service :	IME
Raison sociale :	IME Le Clos Fleuri
Numéro FINESS :	9507800056

3. Gouvernance

N° IGAS	Points de contrôle	Références juridiques	RBPP	Constat	Observations de la mission d'inspection
				E/R	
1. Gouvernance					
1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation					
1.1.1	Régime juridique	L. 311-1 CASF et textes spécifiques à chaque type de structure			
1.1.2	Missions	article L. 312-1 I dernier paragraphe et articles D. 312-8 à D. 312-10 du CASF			L'IME dispose d'une capacité d'accueil de 67 places réparties comme suit : - 3 places d'internat en accueil temporaire, - 40 places en semi-internat - 24 places en hébergement complet dont 6 places en accueil séquentiel pour enfants de 0 à 20 ans polyhandicapés (handicaps moteurs et intellectuels). L'IME est ouvert 210 jours par an pour l'accueil en externat et l'accueil séquentiel du lundi au jeudi de 9h à 16h et le vendredi de 9h à 15h.

						L'internat est ouvert 365 jours par an pour 18 jeunes.
1.1.3	Personnes accueillies					
	Le profil de la population accueillie est-il conforme aux catégories définies par l'autorisation : nombre de personnes, âges, données sociodémographiques disponibles, état de santé, de dépendance, de handicap ?					Le profil des jeunes accueillis est conforme à l'autorisation. L'attention de la mission a été attirée sur la complexification des profils qui nécessitent de plus en plus de soins. Ces profils se rapprochent davantage du secteur sanitaire qu'auparavant, ce qui demande un accompagnement de plus en plus lourd pour les équipes.
	Le nombre de personnes prises en charge le jour de la visite est-il conforme à la capacité autorisée ?					Le jour de la visite 50 enfants sont accueillis au sein de l'IME.
1.2 Management et stratégie						
1.2.1	Fonctionnement global de la structure					
	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ?	Articles L311-7 du CASF et R311-33 à R311-37-1 CASF			E1	Il existe un règlement de fonctionnement 2020-2025 qui indique l'organisation et l'affectation des locaux en précisant leur répartition. Toutefois, il ne précise ni le nombre de chambres d'internat, ni les conditions générales d'accès et d'utilisation des différents locaux listés, ce qui n'est pas conforme à l'article R311-35 al.2 du CASF. Il n'évoque pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues, ce qui n'est pas conforme à l'article R 311-35 al.5 du CASF. Les interdictions majeures énumérées dans le règlement de fonctionnement évoquent les

				agressions verbales, physiques et sexuelles sans indiquer qu'elles sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, ce qui n'est pas conforme à l'article R 311-37 al.3 du CASF. Ecart n°1 : Le règlement de fonctionnement ne répond pas à l'ensemble des attendus réglementaires du CASF.
			E2	Le règlement de fonctionnement est remis à chaque personne accueillie en annexe du livret d'accueil. Néanmoins, l'établissement indique qu'il n'est pas remis aux salariés et professionnels libéraux intervenant au sein de l'établissement, ce qui contrevient à l'article R 311-34 du CASF. Ecart n°2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas remis à l'ensemble des salariés et professionnels intervenant au sein de l'établissement ce qui contrevient à la réglementation.
			R1	Le règlement de fonctionnement est affiché dans le bâtiment administratif, en face du bureau de la directrice sur lequel se trouve le panneau d'affichage. Si les affichages sont bien conformes, ils devraient être davantage visibles par les personnes accompagnées et leurs familles. Remarque n°1 : Les affichages obligatoires sont insuffisamment accessibles au public accueilli ainsi qu'aux familles et aux professionnels.
	Est-il remis à chaque personne accueillie en annexe du livret d'accueil ainsi qu'à tous les salariés, professionnels libéraux et bénévoles intervenant dans l'établissement ou le service ?			
	Est-il affiché dans les locaux de l'établissement ou du service ?			

	Le règlement de fonctionnement prévoit-il les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles conformément aux dispositions législatives et réglementaires ? Existe-t-il des documents préparés de type plan de continuité de l'activité, plan de reprise de l'activité ?	article R311-35 al.4 CASF	E3	Le règlement de fonctionnement contient un volet intitulé « gestion des urgences et des situations exceptionnelles » qui ne fait que lister des actions « actions non spécifiques à la grippe, rédaction du plan de continuité de l'activité, moyens de protection et d'information en situation d'épidémie, plan bleu » sans indiquer, a minima, les principales mesures à prendre le cas échéant. Ce volet devrait être davantage étayé (article R311-35 al.4 CASF) Ecart n°3 : Le volet relatif aux mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles est insuffisamment développé ce qui ne répond pas aux attendus réglementaires.
	Le Règlement de fonctionnement (RDF) a-t-il été soumis aux instances obligatoires? Est-il en annexe du Livret d'Accueil (LA) ?			Le règlement de fonctionnement a été validé au Conseil d'administration du 13 février 2024 et au CVS du 29 février 2024. Lors de l'analyse des dossiers administratifs des enfants, la mission a constaté l'absence du règlement de fonctionnement dans plusieurs dossiers. Néanmoins une attestation de remise du règlement aux familles est présente dans certains.
	Existe-t-il un projet d'établissement ? formalisé et actualisé depuis moins de cinq ans et mis en application ?	Articles L.311-8 et D.311-26 ; D312-18 et D.344-5-5 CASF	RBPP HAS : « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ». RBPP HAS => « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service »	Le projet d'établissement 2024-2028 a été transmis à la mission et est conforme aux dispositions du CASF.

1.2.2	Le projet d'établissement aborde-t-il la préparation à la sortie ?				Le projet d'établissement aborde la préparation à la sortie et précise, pour chacun des cas, les actions mises en œuvre. L'établissement prévoit également un accompagnement en fin de vie des enfants qui le nécessitent.
	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?				Le projet d'établissement présente et détaille les activités proposées aux jeunes dans son volet « prestations ». Une commission d'animation est mise en place au sein de l'établissement.
	A-t-il été soumis à consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ?				Le projet d'établissement a été soumis au conseil d'administration le 13 février 2024 et soumis à consultation du conseil de la vie sociale le
	L'évaluation du projet d'établissement est-elle explicitement prévue (mesure des écarts entre le projet et la réalité) ? Et par qui ? des fiches actions sont-elles prévues ?				La démarche d'évaluation est présentée dans le projet d'établissement. Un comité de pilotage pluridisciplinaire est mis en place à cet effet et un PACQ est intégré au projet d'établissement.
	Comment est assurée sa rédaction et sa révision ?				La rédaction du projet d'établissement fait suite à 4 comités de pilotage et à la mise en place de plusieurs groupes de travail qui ont travaillé sur les thématiques abordées dans le projet.
	Pilotage de la structure Un organigramme à jour de la structure est-il disponible ?			R2	L'organigramme de la structure a été transmis à la mission et figure dans le projet d'établissement. Néanmoins son affichage est discret, à côté du bureau de la directrice. Remarque n°2 : L'affichage de l'organigramme de la structure est insuffisamment accessible.

	Présentation équipe de direction (diplômes/fiche de mission/contrat de travail)				R3	L'équipe de direction est constituée d'une directrice et de 3 chefs de service. Au jour de l'inspection, seuls 2 chefs de service sont en poste. L'équipe de direction est investie dans les missions de l'IME et dynamique. La mission a pu constater une volonté de mettre en œuvre les changements nécessaires afin d'améliorer les pratiques professionnelles en faveur d'une meilleure prise en charge des jeunes. La difficulté de recrutement du troisième chef de service a un impact important sur les autres cadres présents au regard de leur charge de travail. En outre, seules la cheffe de service éducatif et la directrice effectuent des astreintes ce qui induit une charge importante sur ces deux seules personnes. Cette situation n'est pas sans risques au regard de l'épuisement professionnel des cadres présents. Remarque n°3 : La vacance du poste de chef de service induit une augmentation significative de la charge de travail susceptible d'avoir un effet négatif sur l'équipe de direction.
	Le DUD existe-t-il ? Est-il conforme ?	Article D312-176-5 CASF				Un DUD conforme a été transmis à la mission.
	Comment est organisée la continuité de direction (astreintes si accueil H24) ? Des subdélégations sont-elles établies ?					Une astreinte de direction est organisée de 18h00 à 9h00 du matin en semaine, 24h/24h les weekends et jours fériés. Une procédure détaillée de l'astreinte a été fournie. Seules la directrice et la cheffe de service éducatif prennent des astreintes par roulement définis entre elles. Les plannings de janvier à fin juillet 2024 ont été transmis.

						En cas d'absence de la directrice, la cheffe de service dispose d'une délégation de pouvoirs qui a été transmise à la mission.
1.3	Animation et fonctionnement des instances					
1.3.3	Conseil de la vie sociale ou autres formes de participation des usagers La mise en place de la participation des Usagers ou de leurs représentants est-elle effective dans la structure ?	L. 311-6 et D. 311-3 et D. 311-CASF	Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs médico-social, social, et sanitaire, juillet 2020, HAS			Un conseil d'établissement a été mis en place au sein de la structure. Les résultats des dernières élections ont été communiqués aux familles par courrier du 12 juillet 2022. 3 représentants des personnes accompagnées ont été élus titulaires.
	Qui préside la structure chargée de cette mission ? Composition du CVS, dernières élections (PV), règlement intérieur du CVS					Le président du CVS est un parent. Le règlement du CVS a été transmis à la mission, de même que le rapport d'activité 2023.
	Combien de réunions sont-elles organisées par an ?					En 2023, 5 réunions se sont tenues. En 2024, 6 réunions ont été programmées.
	Les procès-verbaux des réunions permettent-ils d'appréhender la vie quotidienne dans la structure ? Qui les rédige ? Respectent-ils le formalisme du CASF ? (secrétaire de séance, CR signés, participants)? Sont-ils affichés?	L. 311-6 et D. 311-3 et D. 311 CASF		E4		Les procès-verbaux des CVS 2023 ont été transmis. En 2024, seul le procès-verbal du 29 février a été transmis à la mission. Ceux-ci sont détaillés. Ils sont rédigés par les membres des familles à tour de rôle. Néanmoins, ils ne sont pas signés par le président, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF. Ecart n°4 : les procès-verbaux ne sont pas signés par le président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.

						Des formations dédiées aux référents qualité ont également été organisées.
	Comment est apprécié le degré de satisfaction des usagers ?					Un questionnaire de satisfaction est transmis aux familles, lequel fait l'objet d'un compte rendu. Le compte rendu du 15 février 2024 a été transmis à la mission. Il s'agit d'une analyse des réponses avec des propositions d'action d'amélioration.
1.4.3	Politique de la promotion de la bientraitance Des cas de maltraitements (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) ont-ils été identifiés au sein de la structure ? En définir le caractère le cas échéant. Ont-ils été répertoriés dans un document ? Ont-ils été signalés à la ou les autorités d'autorisation ? Ont-ils fait l'objet d'un signalement au procureur de la République en application de l'article 434-3 du code pénal ?	Article CASF L119-1 Article L119-2 et article L. 313-24 du CASF (protection de tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés)	HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008		R4	Certains faits, portés à la connaissance de la mission lors des entretiens font état de pratiques de certains professionnels susceptibles d'entraîner des actes maltraitants, renforcées par l'absence de procédures. Ces faits sont les suivants : - Des jeunes sous contention sans surveillance sur les toilettes jusqu'à 30 minutes ; - Des appels de jeunes sous contention sur les toilettes restés sans réponse ; - Des douches réalisées portes ouvertes. En outre, la direction relate le cas d'un jeune qui a été laissé sous la douche pendant plusieurs heures. Cet événement n'a fait l'objet d'aucun signalement à l'ARS. Remarque n°4 : L'absence de procédures/protocoles d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles et de l'éthique, propre aux enfants accompagnés sont susceptibles d'entraîner des actes maltraitants. Ils ne

					respectent pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
				E5	Ecart n°5 : L'absence de signalement aux autorités compétentes de faits identifiés comme maltraitants contrevient aux dispositions de l'article L119-2 du CASF. La politique de promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance est détaillée dans le projet d'établissement de l'IME mais semble insuffisamment ou pas mise en œuvre au sein de la structure. Un plan de prévention des risques de la maltraitance, daté de décembre 2023 a été transmis à la mission. Un référent bientraitance a été nommé et les entretiens ont permis à la mission de constater qu'il est bien identifié par les professionnels.
					Les risques de maltraitance liés à la fragilité de la population accueillie ont fait l'objet d'une cartographie interne détaillée, précisant le degré de gravité, les actions déjà mises en place, les actions à mettre en place et la maîtrise du risque.
				R5	Des groupes d'analyse des pratiques ont été mis en place au sein de l'établissement. Néanmoins les professionnels ne s'en sont pas saisis. Remarque n°5 : L'absence de participation des professionnels aux groupes d'analyse des pratiques proposés ne permet pas de modifier des pratiques pouvant être inadaptées.
					Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ? formations ? Les risques de maltraitance liés à la fragilité de la population accueillie ont-ils fait l'objet d'un repérage et d'une analyse dans la structure ? Quels sont-ils ? Quelles actions ont été mises en œuvre pour y pallier ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien professionnel et d'analyse des pratiques ?

	Les personnels sont-ils formés et encadrés pour observer des changements de comportement pouvant traduire des maltraitances, en interne ou à l'extérieur, afin de les repérer puis les signaler ?				Le plan de formation 2024 prévoit une formation relative au repérage des risques de maltraitance. En 2023, une formation prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance a été proposée. La mission n'a pas eu connaissance des feuilles d'émargement permettant de constater le nombre et la fonction des professionnels ayant participé à ces formations.
	Affichage du n°119			Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014.	Lors de la visite de l'établissement, réparti en plusieurs bâtiments, la mission n'a pas constaté l'affichage de la publicité du numéro d'appel dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être : numéro 119 « Allô enfance en danger ».
1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables				Remarque n°6 : La visibilité de l'affichage de la publicité du numéro 119 « Allô enfance en danger » est insuffisante.
1.5.2	Événements indésirables, signalements				
	Existe-t-il une procédure de traitement des événements indésirables (identification, recueil, traitement, conduites à tenir, rapport, suivi...) ? Est-elle appropriée par les équipes ?	L 331-8-1, L 119-2 et R331-8 CASF			Une procédure très détaillée a été transmise à la mission. Un logiciel de déclaration a été mis en place au sein de l'IME. Les procès-verbaux du CVS transmis font état des dysfonctionnements et des EI/EIG. Les entretiens ont permis de constater que les équipes connaissent la procédure et ont été sensibilisées aux typologies d'événements indésirables. Des CREX sont organisés tous les trimestres. Néanmoins, les entretiens ont révélé une réticence à la déclaration des EI/G par les salariés.
				R7	

						Remarque n°7 : La culture de déclaration des EI/ EIG par les salariés apparaît insuffisante.
--	--	--	--	--	--	--

4. Fonctions support

2. FONCTIONS SUPPORT					
2.1 Gestion des ressources humaines					
2.1.1 Personnels et qualifications	Quels sont les effectifs ? Comment se répartissent-ils : catégories professionnelles, qualifications, domaines, statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), ratios d'encadrement... ?	article D312-21 du CASF.			
				E6	Les éléments transmis à la mission comportent des discordances. Le tableau des personnels salariés de l'IME fait état Seuls [] sont en CDD. Lors de l'entretien, la directrice a fait mention de L'ERRD 2023 fait état de : contre 103 ETP au prévisionnel. Seul un médecin spécialiste à 0,5 ETP est inscrit comme salarié dans le document transmis à la mission. L'ERRD 2023 présente de médecin psychiatre salarié. Cependant, ce médecin ne figure pas dans les documents transmis à la mission ce qui ne permet pas de s'assurer du respect du socle minimal des professionnels intervenant en IME prévu par le CASF. Ecart n°6 : En l'absence de médecin psychiatre, l'établissement contrevient à l'article D312-21 du CASF.
				R8	Les autres médecins intervenant au sein de l'établissement sont des médecins libéraux, ce qui engendre des surcoûts importants pour l'établissement.

					Au jour de l'inspection plusieurs postes sont vacants, notamment : - 1 poste de chef de service ; - 2 postes de kinésithérapeute ; - 1 poste d'ergothérapeute ; - 1 poste de psychomotricien. Plusieurs postes d'éducateurs spécialisés et de moniteurs éducateurs sont également vacants. Cette situation amène l'IME à faire appel à des intérimaires, ce qui ne permet pas de sécuriser la prise en charge des jeunes. La mission souligne un manque de concordance et de fiabilité de l'ensemble des documents de suivi des ressources humaines remis. Cela ne permet pas une analyse rapide et approfondie des ressources humaines. Remarque n°8 : La vacance de postes au sein de l'établissement et le recours à l'intérim ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de l'accompagnement des jeunes accueillis.
				Quelle est la rotation du personnel (ratio de rotation, anciennetés dans les postes...) ?	La complexité des profils accueillis au sein de l'IME rend les recrutements et le maintien des professionnels au sein de l'IME particulièrement complexe. Au jour de l'inspection, 10 professionnels étaient absents. Le turn-over est estimé par la direction à Néanmoins, plusieurs salariés sont en poste depuis de nombreuses années (entre 15 et 35 ans).

	Quel est le contenu des dossiers (embauche, diplôme, suivi de la carrière...) ? Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées (Description des fonctions, conduites à tenir, marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...) ?	Articles L 133-6 du CASF		R9	Les dossiers des professionnels sont bien structurés. Néanmoins, ils ne sont pas toujours complets notamment concernant les diplômes et l'évaluation des professionnels. Remarque n°9 : Les dossiers administratifs du personnel ne sont pas à jour. En outre, aucune recherche du casier judiciaire B2 n'est réalisée pour les professionnels intervenant au sein de l'établissement. Ecart n°7: En l'absence de vérification du casier judiciaire B2 de l'ensemble des professionnels intervenant au sein de l'établissement, la direction contrevient aux articles L 133-6 CASF.
2.1.2 Formation, accompagnement à la mobilité et à la promotion, soutien des professionnels					
	Pour les structures de droit privé, existe-t-il un plan de formation ? Quelle place lui donne l'encadrement ?				Il existe un plan de formation qui a été transmis pour 2023 et 2024. Il présente plusieurs formations individuelles pour 2024 et notamment 9 VAE ce qui témoigne de la volonté de la direction de faire monter ses équipes en compétence. Les formations sont décidées en fonction du projet d'établissement et des remontées des besoins des professionnels.
	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?				Un protocole d'accueil des nouveaux professionnels daté de juin 2023, très complet et détaillé a été transmis à la mission. Un tutorat est prévu de deux jours par un professionnel titulaire. Un livret d'accueil est transmis au salarié ainsi que le règlement intérieur de la structure.

Locaux	Les conditions d'utilisation des sanitaires communs respectent-elles l'intimité et la mixité des personnes ?	Article CASF	L311-3		CF : R4	Lors de l'inspection, une toilette utilisant un chariot douche était en cours. Les deux portes donnant sur la salle de bain étaient très largement ouvertes, ne permettant pas de respecter l'intimité des jeunes accompagnés.
	L'architecture et l'aménagement intérieur sont-ils adaptés à la prise en charge des populations accueillies ?					Les locaux sont adaptés à l'accueil d'enfants et de jeunes en situation de polyhandicap. Néanmoins, dans les espaces sanitaires des pièces communes, les lavabos ne sont pas à hauteur des enfants en fauteuil (voir note médicale).
	Existe-t-il des locaux d'accueil dédiés aux familles ?					L'IME dispose d'une pièce mise à disposition des familles afin de les accueillir, qu'il s'agisse de temps d'échanges avec les équipes ou de temps partagés avec leurs enfants lors de visites (le week-end ou pendant les vacances).

5. Prise en charge

3. PRISE EN CHARGE					
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie					
3.1.1 Admission					
Processus d'admission	Articles L 241-6, R146-36 CASF et D 312-104 CASF				
Quelle est l'origine de la demande (intéressé en personne, parent, représentant légal, tiers, président du Conseil Départemental, autorité judiciaire, orientation par un autre établissement dans une logique de parcours de prise en charge) ?					Une procédure d'admission, datée de a été transmise à la mission. Celle-ci indique l'ensemble des étapes relative à l'admission du jeune. La demande d'admission émane du représentant légal du jeune, sur notification de la MDPH.
Comment et auprès de qui sont recueillis les besoins de l'intéressé avant, pendant ou après l'accueil (travailleurs sociaux, équipes éducatives, équipes soignantes et médecins en charge de soins ou de coordination...) ?					Les besoins du jeune sont recueillis, avant, puis tout au long de son accompagnement, auprès de lui, de sa famille et des équipes éducatives et soignantes.
Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ? Des stages d'observation sont-ils proposés ? Combien de refus à l'issue de ces stages ont-ils été prononcés ?			Plan national RAPT		L'IME propose des périodes d'observation afin de confirmer ou non l'admission. Depuis 2022, aucun refus n'a été prononcé à l'issue de ces stages.

	Une (ou plusieurs) visite(s) de préadmission sont-elles organisées, permettant à l'intéressé de faire connaissance avec la structure et le personnel (et réciproquement), les activités, les locaux, d'autres personnes accueillies, les offres environnantes (éducatives, professionnelles, sanitaires et médicosociales...)?	R. 146-36 et D. 312-35 CASF			En amont de l'admission, un rendez-vous médical avec le médecin est prévu et un rendez-vous avec l'assistante sociale, le chef de service, le référent du jeune, la cadre de santé et la direction sont organisés. Suite à ces rendez-vous, une période d'observation à lieu. Ces éléments sont confirmés par l'analyse des enquêtes de satisfaction transmises à la mission.
	Une réponse est-elle donnée dans les 15 jours de la demande ? (étude des dossiers admis et refusés)				Un bilan de la période d'observation et la décision d'admission sont réalisés 15 jours au plus tard après la fin du stage.
	Avez-vous des enfants accueillis après un GOS2. Combien?		Plan national RAPT - CPOM		Un jeune est accueilli suite à un
Gestion des refus	Une réponse est-elle donnée à la famille et/ou à l'adresseur ? (courrier argumenté ou standard => indiquant des critères d'admission ?)				En cas de refus, un courrier médical le justifiant est envoyé aux familles.
	Une réponse est-elle donnée à la MDPH ?	R146-36 et D312-35 du CASF			L'IME indique qu'une réponse relative à l'admission ou au refus d'admission du jeune est donnée à la MDPH si le jeune existe sur
3.1.2. Outils loi 2002-2 - Séjour, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, livret d'accueil					
	Le livret d'accueil est-il présenté et remis à chaque nouvelle personne ou famille accueillie, avec la charte des droits et libertés de la personne et le règlement de fonctionnement ? Comprend-il la charte des droits et libertés de la personne accueillie ? Livret d'accueil (LA) est-il complet ? (personnes qualifiées mentionnées et accès à ses données personnelles)				Le livret d'accueil a été validé en CA le Il comprend la charte des droits et libertés de la personne accompagnée. Il est complet. Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil incluant la charte des droits et libertés de la personne accompagnée sont transmis aux représentants légaux lors de l'admission. Bien que la mission n'ait pas trouvé trace d'un document attestant la transmission dans plusieurs des dossiers consultés, l'analyse de l'enquête de

		Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles			
3.1.3. Modalités d'accompagnement d'accompagnement	Projet d'accueil et	L. 311-3-3° et 7°, L. 311-4, al 2, D. 312-19, D. 312-10-3, D. 312-37, 3°, CASF D 312-14 (accompagnement éducatif)			
	Existe-t-il une démarche pour établir et suivre le projet d'accueil, de vie individualisé et d'accompagnement de chaque personne ou famille en intégrant les intéressés eux-mêmes ? La démarche est-elle systématique et formalisée dans un document individuel de prise en charge ou dans un contrat de séjour ?	art. D. 312-10-3, D. 312-12 CASF art. L. 311-3,7°, D 312-14; D 312-63 CASF	RBPP « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » "Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée" Direction générale de l'action sociale - juin 2007)	E9	Le projet personnalisé d'accompagnement est réalisé dans les 6 mois suivant l'entrée du jeune. Il est réactualisé à minima une fois par an. L'étude de l'échantillon des dossiers administratifs des jeunes révèle que les PPA ne sont pas systématiquement présents dans les dossiers. Le tableau de suivi et d'actualisation des PPA transmis à la mission permet de constater que 25 enfants n'ont pas de PPA au jour de l'inspection. 37 enfants ont un PPA et 11 synthèses doivent être faites. Ecart n°9: les PPA ne sont pas systématiquement effectués et/ou actualisés, ce qui contrevient aux articles L311-3, D312-10-3, D312-14 et D312-63 du CASF.

	Qui contribue à l'élaboration, la rédaction et la validation des PPA ainsi que leur évaluation ?	D 312-14, D 312-63 CASF			Une procédure a été transmise à la mission, datée de novembre 2023. Le chef du service éducatif pilote les réunions relatives au PPA. Chaque enfant est suivi au sein de l'IME par un référent. Le PPA est co-construit avec le jeune, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire. Le référent de l'enfant au sein de l'établissement est chargé de regrouper les informations nécessaires à l'élaboration et à la rédaction du PPA en amont de la réunion de synthèse. Les attentes de l'enfant et de la famille sont recherchées à ce stade de la procédure. Ces éléments sont présentés en réunion de synthèse à l'équipe pluridisciplinaire. Une fois le projet validé en équipe, il est proposé à la famille et au jeune. Si la famille n'honore pas deux RDV, le projet lui est envoyé par voie postale.
	Comment sont prises en compte les différentes dimensions de la prise en charge : éducative, d'accompagnement, psycho-affective, sociale, thérapeutique, professionnelle, éducative, pédagogique, médico-sociale, insertion, accès aux droits... ? Les axes éducatifs, thérapeutiques, pédagogiques, professionnels, (réorientation/sortie) sont-ils abordés dans le PIA ?	art. D 312-57 (SESSAD) art. D312-10-3 CASF		R10	Les attentes du jeune et de sa famille sont recueillies par l'équipe pluridisciplinaire (réfèrent éducatif et psychologue notamment). Lorsque l'enfant est non verbal, une communication alternative est mise en place. Les axes éducatifs, thérapeutiques, pédagogiques sont abordés dans le PPA. Néanmoins les projets de réorientation et de sortie ne sont pas abordés. Remarque n°10 : Le projet personnalisé d'accompagnement ne fait pas état des projets de réorientation et de sortie qui constituent des étapes importantes dans l'accompagnement des jeunes.
	En cas de survenue d'événements indésirables, perturbateurs, douloureux affectant la vie personnelle (décès, perte d'un proche, d'un parent par exemple), la personne bénéficie-t-elle d'un accompagnement particulier ?				La procédure prévoit une révision annuelle des PPA sauf changement qui nécessiterait un avenant.

	Existe-t-il un bilan pluridisciplinaire tous les 6 mois? Est-il présenté à la famille?	art. D 312-14 et D312-63 CASF	E10	La question de l'évaluation du PPA ne figure pas dans la procédure, ne permettant pas à la mission de confirmer que l'évaluation du PPA est partagée avec les familles. Les équipes se tiennent à disposition des familles. Toutefois, la mission n'a pas pu établir qu'un bilan pluridisciplinaire est réalisé chaque année et qu'une information détaillée sur l'évolution de l'enfant est transmise aux familles à minima tous les semestres. Ecart n°10 : En ne réalisant pas chaque année un bilan pluridisciplinaire et n'informant pas à minima les familles de l'évolution du jeune, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D 312-14 et D312-63 du CASF.
	L'emploi du temps de l'enfant est-il disponible? Est-il cohérent avec les objectifs du PPA.?	D 312-38 CASF		L'emploi du temps de l'ensemble des enfants a été transmis à la mission. L'établissement propose des activités individuelles et collectives en cohérence avec le PPA de chaque enfant. Des temps d'enseignement sont proposés aux enfants qui en ont la capacité, même sur des temps très courts.
	Quelle est l'articulation entre projet thérapeutique et éducatif?	D312-57 CASF		Le PPA est construit de manière pluridisciplinaire, associant le volet éducatif et thérapeutique afin que les activités proposées soient en adéquation avec les capacités et les besoins de chaque enfant. L'analyse des enquêtes de satisfaction permet de constater que les parents estiment que l'évolution de leur enfant au sein de l'IME est convenable. Cela a été confirmé par un parent auditionné par la mission. Ce dernier a indiqué une évolution très positive de sa fille depuis qu'elle fréquente l'IME et qu'il se sent entendu et accompagné par les équipes.
3.1.5 Sortie				
Préparation à la sortie	Existe-t-il une procédure de sortie ?			Les entretiens menés ont révélé que la préparation à la sortie des jeunes accueillis à l'IME est récente. Elle est préparée avec l'assistante sociale et les familles. Les

	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux ?				Les animations sont coordonnées par la cheffe de service éducatif et l'animatrice.
	Le programme est-il structuré pour pouvoir associer l'ensemble du personnel (personnel de restauration, personnel d'entretien...), les familles, les proches, les bénévoles, des prestataires (activité physique) ?				L'ensemble du personnel est associé au programme d'animation. A titre d'exemple, le chef de cuisine organise des animations pâtisserie avec les jeunes.
3.4. Vie quotidienne – Hébergement					
3.4.1 Espaces privés					
	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, en sanitaire, mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, décoration personnalisée et possibilité d'accueillir de la famille contribuent au bien-être dans le nouveau domicile... ?				Les enfants en internat sont accueillis dans des chambres de 15m2 équipées de lits adaptés. Les chambres sont lumineuses, propres et personnalisées. Les sanitaires sont à l'extérieur des chambres.

3.5.3. Développement des potentiels des personnes				
	Quelles sont les modalités d'évaluation des capacités et des besoins de la personne prise en charge dans les différents domaines (social, affectif, scolaire, professionnel...) ?			L'évaluation des capacités et des besoins des jeunes accueillis est réalisée grâce à des modes de communication alternatifs.
	Quels sont les moyens mobilisés pour maintenir et développer les acquis scolaires et professionnels des personnes prises en charge avec une évaluation régulière des acquis ou des régressions (contacts avec les éducateurs, les enseignants, les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens...), les psychologues...) ?	D312-10-3 du CASF (évaluation pédagogique)		Chaque enfant bénéficie d'activités éducatives, sportives et culturelles en lien avec son PPA. Ils peuvent également être amenés à participer à des sorties organisées par l'IME. Chaque groupe d'enfant dispose d'un psychologue référent. Des synthèses hebdomadaires sont organisées, de manière pluridisciplinaire afin de constater les évolutions des enfants. Des réunions d'équipe sont également organisées et tracées, permettant d'évoquer les différents sujets propres à chaque enfant de l'unité.

6. Conclusion

Lors de l'inspection menée au sein de l'IME Le Clos Fleuri, situé à Ermont et géré par l'association APAJH 95, la mission a constaté un CODIR soudé et dynamique qui a démontré sa volonté de faire évoluer l'établissement vers plus de rigueur, de réinterroger les pratiques et de remettre véritablement l'enfant et sa famille au cœur de la politique de l'établissement.

Néanmoins, la mission a relevé plusieurs écarts et remarques listés ci-après :

Écarts :

Ecart n°1 : Le règlement de fonctionnement ne répond pas à l'ensemble des attendus réglementaires du CASF.

Ecart n°2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas remis à l'ensemble des salariés et professionnels intervenant au sein de l'établissement ce qui contrevient à la réglementation.

Ecart n°3 : Le volet relatif aux mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles est insuffisamment développé ce qui ne répond pas aux attendus réglementaires.

Ecart n°4 : les procès-verbaux ne sont pas signés par le président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.

Ecart n°5 : L'absence de signalement aux autorités compétentes de faits identifiés comme maltraitants contrevient aux dispositions de l'article L119-2 du CASF.

Ecart n°6 : En l'absence de médecin psychiatre, l'établissement contrevient à l'article D312-21 du CASF.

Ecart n°7 : En l'absence de vérification du casier judiciaire B2 de l'ensemble des professionnels intervenant au sein de l'établissement, la direction contrevient aux articles L 133-6 CASF.

Ecart n°8 : L'incomplétude des dossiers administratifs des jeunes et la présence de données médicales dans ces mêmes dossiers contrevient aux articles L311-3 et D312-37 CASF et L1110-4 du CSP.

Ecart n°9 : les PPA ne sont pas systématiquement effectués et/ou actualisés, ce qui contrevient aux articles L311-3, D312-10-3, D312-14 et D312-63 du CASF.

Ecart n°10 : En ne réalisant pas chaque année un bilan pluridisciplinaire et n'informant pas à minima les familles de l'évolution du jeune, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D 312-14 et D312-63 du CASF.

Ecart N°11 : En l'absence de suivi effectif du jeune après sa sortie sur une durée minimale de trois ans, l'IME ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-18 du CASF

Remarques :

Remarque n°1 : Les affichages obligatoires sont insuffisamment accessibles au public accueilli ainsi qu'aux familles et aux professionnels.

Remarque n°2 : L'affichage de l'organigramme de la structure est insuffisamment accessible.

Remarque n°3 : La vacance du poste de chef de service induit une augmentation significative de la charge de travail susceptible d'avoir un effet négatif sur l'équipe de direction.

Remarque n°4 : L'absence de procédures/protocoles d'évaluation et d'analyse des pratiques professionnelles et de l'éthique, propre aux enfants accompagnés sont susceptibles d'entraîner des actes maltraitants. Ils ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Remarque n°5 : L'absence de participation des professionnels aux groupes d'analyse des pratiques proposés ne permet pas de modifier des pratiques pouvant être inadaptées.

Remarque n°6 : La visibilité de l'affichage de la publicité du numéro 119 « Allô enfance en danger » est insuffisante.

Remarque n°7 : La culture de déclaration des EI/ EIG par les salariés apparaît insuffisante.

Remarque n°8 : La vacance de postes au sein de l'établissement et le recours à l'intérim ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de l'accompagnement des jeunes accueillis.

Remarque n°9 : Les dossiers administratifs du personnel ne sont pas à jour.

Remarque n°10 : Le projet personnalisé d'accompagnement ne fait pas état des projets de réorientation et de sortie qui constituent des étapes importantes dans l'accompagnement des jeunes.

Remarque n°11 : La sortie des jeunes est préparée tardivement.

Remarque n°12 : Les espaces collectifs sont insuffisamment entretenus et les sanitaires encombrés.

En outre, il ressort du volet médical dont la note est annexée au présent rapport que l'IME le Clos Fleuri a mis en place des mesures permettant une prise en charge et un suivi médical des enfants accueillis. Sur le volet soins, l'accompagnement repose sur une équipe médicale pluridisciplinaire (un médecin généraliste, 2 médecins MPR, un psychiatre) et paramédicale, avec une cadre de santé assurant ses missions de coordination dans un objectif d'amélioration continue de la prise en charge.

La mission a néanmoins constaté les écarts et les remarques suivantes :

Ecarts :

Ecart n°1 : En l'absence de protocole d'hygiène dans la structure ne garantissant pas la propreté des lieux et des équipements, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-22 3° du CASF.

Ecart n°2 : Les conditions pour permettre à tous les enfants et les jeunes accueillis de se laver les mains ne sont pas réunies, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D 312-22 3° du CASF.

Ecart n°3 : En mettant en place des mesures de contention sans ordonnance et en l'absence de protocole dédié, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 CASF.

Ecart n°4 : En laissant les enfants seuls, sous contention et sans surveillance aux toilettes, l'établissement n'assure pas la sécurité des jeunes qu'il accompagne et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1°.

Ecart n°5 : En l'absence de procédure relative à la délégation de l'aide à la prise des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-4 du CSP et L 313-26 du CASF.

Ecart n°6 : En l'absence de procédure de déclaration des EIGS aux autorités administratives compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.

Ecart n°7 : L'absence de partenariat formalisé avec l'établissement de santé de secteur, notamment pour la prise en charge des urgences, contrevient aux dispositions de l'article D.344-5-5 du CASF.

Remarques :

Remarque n°1 : Il est constaté un manque de coordination pour les achats de produits d'entretien.

Remarque n°2 : Pour se laver les mains, aucune solution alternative au lavabo n'est proposée aux enfants marchant à 4 pattes.

Remarque n°3 : Il n'existe pas de procédure formalisée de change du linge à plat, ni du circuit du linge.

Remarque n°4 : Absence de temps de supervision.

Remarque n°5 : Aucun avis diététique n'est mis en place au sein de l'IME en plus de l'avis médical.

Remarque n°6 : Le suivi de l'état dentaire des jeunes est insuffisant.

Remarque n°7 : Il n'existe aucun protocole de broyage des médicaments.

Fait à Cergy, le

7. Annexes

1.1 Note médicale

Institut médico-éducatif « Le Clos Fleuri » Association APAJH 95 105 rue du 18 juin 95120 ERMONT N° FINESS 950780056	
NOTE MEDICALE RELATIVE A L'INSPECTION 2024_IDF_00696 Déplacement sur site le 1 ^{er} juillet 2024	
Le Volet médical a été investigué par : - -	
en qualité de personnes qualifiées au titre de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP)	
<u>Textes de référence</u>	- Article L313-13, III du Code de l'action sociale et des familles - Article L331-3 du code de l'action sociale et des familles - Article L1421-1 du Code de la santé publique - Article L1421-3 du Code de la santé publique - Article L1435-7 du Code de la santé publique

1. Sécurités sanitaires

N° IGAS	Points de contrôle	Références juridiques	RBPP	Constat		Observations de la mission d'inspection
2.5 Bâtiments, espaces extérieurs et équipements						
2.5.2 Sécurité sanitaires	Existe-t-il des protocoles d'hygiène dans la structure, notamment pour l'hygiène des sols et des surfaces : chambres, espaces communs ?	Article D312-22 3° du CASF		Ecart n°1 : En l'absence de protocole d'hygiène dans la structure ne garantissant pas la propreté des lieux et des équipements, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-22 3° du CASF. Remarque n°1 : Il est constaté un manque de coordination pour les achats de produits d'entretien.		Il n'existe aucun protocole d'hygiène dans la structure. Les sols des pièces d'activité des enfants, les sols des chambres ne sont pas lavés tous les jours. Les fauteuils roulants des enfants, les sols et les surfaces des espaces communs ne sont pas suffisamment propres. Ce défaut d'hygiène est visible à l'œil nu. Il est constaté un manque de coordination pour les achats de produits d'entretien : 1- La cadre chef de service éducative commande des produits d'hygiène pour la structure sans être responsable de la procédure d'hygiène générale. 2- L'Entreprise Adaptée a un contrat avec l'IME pour assurer du ménage et achète aussi leurs propres produits d'entretien stockés dans l'IME. 3- Les maîtresses de maison de l'IME commandent également des produits d'entretien. 4- La cadre de santé commande toutes les protections pour incontinence chez elle surveille la périodicité des changes au sein de la structure, et a mis en place une formation par jour bien savoir comment utiliser et positionner les protections pour incontinence. Il n'y a aucun lien entre toutes ces commandes de produits d'entretien ni en qualité et en quantité et chaque entité ne connaît pas les commandes des autres.

	Les conditions pour le lavage des mains sont-elles réunies (savon liquide, solutions hydroalcooliques, essuie-mains, lavabo avec système mains libres...) pour le personnel, mais aussi les personnes accueillies et les visiteurs ?	Article D312-22 3° CASF		<u>Ecart n°2 :</u> Les conditions pour permettre à tous les enfants et les jeunes accueillis de se laver les mains ne sont pas réunies, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D 312-22 3° du CASF. <u>Remarque n°2 :</u> Pour se laver les mains, aucune solution alternative au lavabo n'est proposée aux enfants marchant à 4 pattes.	Il n'y a pas d'affiches « se laver les mains » dans les salles d'activités et où se prennent les repas, concernant le protocole de lavage des mains. Un protocole « hygiène des mains » nous a été transmis mais celui-ci n'est pas affiché. Les conditions pour le lavage des mains des enfants et des jeunes accueillis dans la structure ne sont actuellement pas réunies. Les points d'eau sont encombrés ne permettant pas un accès facilité. Aucune solution alternative n'est proposée pour les enfants qui marchent à 4 pattes. Avant de manger, souvent avec leurs doigts car la préhension des couverts est parfois impossible pour eux, les enfants ne peuvent pas se laver les mains à l'eau et au savon. Leurs mains sont essuyées par le personnel présent avec un gant humide, sans savon, sans rinçage à l'eau courante. Tous les enfants et jeunes accueillis sont sans exception tous incontinents et donc porteur de protections pour les éliminations naturelles. Il serait important d'assurer l'hygiène des mains également à chaque change ou après chaque installation sur la chaise-pot.
	Existe-t-il une procédure de change du linge à plat (lit, linge de toilette) ? Existe-t-il une procédure concernant les circuits et le stockage du linge propre et du linge sale ? Le linge souillé ou contaminé est-il			<u>Remarque n°3 :</u> Il n'existe pas de procédure formalisée de change du linge à plat, ni du circuit du linge.	Il n'y a ni procédure de change du linge à plat, ni affichage du circuit du linge (stockage, linge propre, linge sale). Les entretiens ont révélé que le traitement du linge sale se fait dans une blanchisserie avec laquelle la structure a un contrat.

	soumis à une procédure particulière ?				Le stockage du linge propre et du linge sale se font dans des chariots dans deux pièces différentes. Le ramassage du linge sale s'effectue à partir de sacs. Le linge souillé ou contaminé n'est pas soumis à une procédure particulière, il est mélangé avec le linge sale dans les sacs de linge sale sur les chariots emmenés ensuite par la société de blanchisserie. Les chariots servant au transport des sacs de linge sale doivent être nettoyés et désinfectés régulièrement mais la mission n'a eu connaissance d'aucun affichage stipulant cette désinfection. Une procédure écrite avec des affichages concrets faciliterait le circuit du linge propre, sale et souillé. Le stockage du linge propre se fait dans un garage dans des armoires qui sont trop étroites dans la largeur pour le stockage des couettes, les portes des armoires ne sont pas fermées, le linge est donc à l'air libre dans le garage.
Déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)	Existe-t-il une procédure portant sur la collecte et l'élimination des DASRI ?				Il existe une procédure portant sur la collecte et l'élimination des DASRI affichée précisant le type de déchets à éliminer dans les collecteurs à aiguilles ou les sacs en plastiques jaunes. Ceux-ci sont ensuite à éliminer dans un carton DASRI.
	Existe-t-il un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI ?				Il existe un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI
	Quelle est la périodicité d'enlèvement des DASRI ?				Il existe un calendrier remis le 1 ^{er} juillet aux médecins présents lors de l'inspection pour l'enlèvement des DASRI. L'enlèvement des DASRI se fait au moins une fois par mois voir deux fois par mois si nécessaire (source : extraction de "Trackdéchets" 2023-2024)
	Les bordereaux d'enlèvement des DASRI sont-ils conformes (Formulaires CERFA) ?				Les bordereaux sont remplis sur site internet de traçabilité des déchets du Ministère de la Transition Ecologique.
	Existe-t-il un local de stockage des DASRI ? Est-il dédié à cet usage et conforme aux règles applicables ?				Il existe un local de stockage sécurisé et dédié aux DASRI construit en mars 2022, dans la cour de la structure.

	Existe-t-il des containers de collecte pour les DASRI ? Où sont-ils disposés ?				Il existe des containers de collecte pour les DASRI stockés à l'infirmierie.
--	--	--	--	--	--

2. Prise en charge

3. PRISE EN CHARGE					
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie					
3.1.1 Admission					
		L241-6; R 146-36; D 312-104 CASF			
	Quels sont les moyens et circonstances de recueil des informations permettant de préserver les secrets professionnel et médical (dossier papier ou dématérialisé, entretien sur dossier, sur rendez-vous en présentiel ou par téléphonie, utilisation d'une application logicielle, un prestataire...) ?				Il existe 4 commissions d'admissions par an qui se mettent en place après étude des nouvelles orientations vers l'IME 24ter prises par la CDAPH et intégrées dans La secrétaire médicale joint les familles pour constituer un dossier complet sous format papier, notamment pour que les médecins de la structure puissent étudier les documents médicaux de la situation de l'enfant. L'IME le Clos Fleuri a quatre médecins à temps partiel actuellement, un médecin généraliste, un médecin psychiatre et deux médecins MPR. Chaque médecin émet un avis. La commission se réunit en présence de la directrice, de la cadre de santé et du chef de service socio-éducative, des 3 psychologues, deux assistantes sociales, du médecin généraliste. Les médecins MPR s'ils ne peuvent être présents, donnent leurs avis en amont de la commission. En fonction des possibilités d'admission au sein de la structure l'enfant et sa famille seront ensuite reçues par la directrice et le médecin généraliste lors d'un RV en présentiel. Puis si une admission est possible au sein de l'IME, l'enfant et sa famille seront reçus en visite de préadmission, en présence de toute l'équipe éducative, l'équipe rééducative, l'infirmière de l'unité, la psychologue pour échanger sur les besoins et

					habitudes de vie de l'enfant ce qui permet des échanges constructifs. A l'admission de l'enfant ou de l'adolescent dans la structure, toutes les pièces du dossier sous format papier seront alors transférées dans le logiciel une aide à la gestion de l'établissement et à l'accompagnement des enfants et adolescents.
Adéquation entre les besoins de la personne et les moyens de la structure	Au moment de l'admission, le médecin de la structure est-il sollicité pour donner son avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement ? Se prononce-t-il sur la base du dossier de demande d'admission ou lors d'une visite de préadmission ? La visite est-elle systématique ? L'avis fait-il l'objet d'une traçabilité ?				Les médecins présents sont sollicités pour donner leur avis. Un seul médecin est sollicité pour la visite de préadmission. Le premier avis est consigné dans le dossier de l'enfant sous format papier. Si l'enfant ou le jeune sont admis, alors toutes les pièces médicales, toutes les consultations sont consignées dans le dossier informatisé
3.1.4 Coordination des professionnels pour la prise en charge en interne ou en externe	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci : temps d'expression, de partage d'information dans le but d'une démarche d'amélioration ?				Il existe pour coordonner toutes les actions au sein de l'IME dans le but d'une démarche d'amélioration : -1- une réunion de direction avec la Directrice, la chef de service socio-éducative, la cadre de santé tous les mardis matin -2- une réunion chaque semaine au niveau de chaque unité de l'IME réunissant l'infirmière de l'unité, une psychologue, la chef de service socio-éducative et tous les professionnels de l'unité pour échanges entre professionnels de l'unité avec temps d'expression et échanges d'informations.

	Existe-t-il un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge, quelles sont les modalités pratiques de la coordination des équipes ? existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?				Une réunion hebdomadaire dite de coordination médicale a pour objet d'échanger sur les pratiques et la coordination de la prise en charge médicale et paramédicale des enfants et adolescents de l'IME en présence du médecin généraliste, de la cadre de santé, de tous les infirmiers de l'IME et de l'équipe de rééducation disponible (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, éducateur sportif). Un échantillon de 8 comptes rendus de réunions paramédicales a été transmis. Ceux-ci se présentent sous forme de tableau comportant pour chaque enfant, le sujet abordé, les observations, le nom de la personne de l'équipe qui suit le dossier et les décisions prises. Pour chaque enfant, une réunion de projets annuelle est organisée. Elle réunit toutes les personnes accompagnant l'enfant ainsi que le chef de service éducatif, le médecin généraliste et l'équipe paramédicale pour définir le projet de prise en charge pour l'année à venir. Le planning de mai 2024 à novembre 2024 où apparaissent des réunions de synthèse de projet personnalisé pour 15 enfants a été transmis. Ces réunions n'ont pas de jour fixe prédéfini mais ont lieu une à 5 fois par mois (sauf en août et décembre 2024 où aucune réunion n'est prévue).
	Quels sont les différents supports et cahiers de transmission au cours des 24h (soins, éducation...) entre les référents identifiés pour chaque personne accueillie ?				Le logiciel a été mis en place dans l'IME en juin 2023. Ce logiciel est le support pour des échanges sécurisés entre tous les AMP, les aides-soignants, les aides-moniteurs, les éducateurs, les éducateurs spécialisés, les infirmiers, la cadre de santé et le médecin généraliste.
	Quels sont les facteurs, individuels ou environnementaux, identifiés comme susceptibles de déclencher ou de majorer les troubles ou psychologiques	Loi du 28 Mai 1996 : « les établissements médico-			1- Les troubles du transit favorisent les troubles comportementaux. 2- La douleur fait partie du quotidien du patient polyhandicapé Elle peut être sous-estimée, sous-évaluée, sous-traitée Elle nécessite : une prise en charge globale, un suivi régulier, une bonne connaissance de la personne et un partage des

	comportementaux ? Sont-ils analysés en équipe ?	sociaux mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes Qu'ils accueillent t »			informations (soignants, parents), une évaluation et une traçabilité des actions mises en place. Actuellement à l'IME est mise en place l'échelle FLACC (face legs activity cry consolability) sous la gouvernance d'un des médecins.
	Existe-t-il des temps de supervision dans une démarche d'amélioration continue des pratiques ?			Remarque n°4 : Absence de temps de supervision	Il n'existe pas de temps de supervision. La démarche d'amélioration continue des pratiques est à l'étude au niveau de l'équipe de direction. La création d'un poste de supervision et de cadre pour le management de l'hygiène générale au sein de la structure sont à l'étude.
3.2.3. Liberté d'aller et venir					
	En cas de pratique de contention, son caractère est-il individualisé, motivé, sur prescription médicale et régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ? Notamment, vérifier qu'il ne s'agit pas d'une décision émanant d'un professionnel isolé, mais ayant fait l'objet d'une discussion à plusieurs.	Article L311-3 et L311-4 CASF		Ecart n°3 : En mettant en place des mesures de contention sans ordonnance et en l'absence de protocole dédié, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 CASF.	Jusqu'au début de juin 2024, la mission n'a constaté aucune prescription médicale de contentions. Depuis juin 2024 les médecins ont établi des prescriptions médicales de contentions pour certains enfants accueillis, principalement concernant les barrières de lit, l'usage de corsets, d'appareillages de nuit, de fauteuils roulants. Une liste des enfants installés au lit avec barrières systématiques. sans durée inscrite, signée par un des a été transmise à la mission. Aucune ordonnance individuelle de contentions n'a été transmise à la mission. Les réévaluations des contentions ne sont pas tracées. Les entretiens menés ont révélé une absence de : - prescriptions médicales de contention ;

					- durée maximale d'une contention sur une chaise pot ; - protocole de contention.
	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer l'identité et l'identité ? photos, étiquettes...				En préadmission il est demandé des photos des enfants avec les appareillages et les différentes positions dont les enfants ont l'habitude en famille. Les photos des résidents apparaissent dans le dossier sur et sur les tablettes utilisées lors de la distribution des médicaments.
3.4.3. Alimentation, repas					
	Est-il pris un avis médical completé d'un avis diététique pour éviter la dénutrition, les fausses routes, pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète, d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?			Remarque n°5 : Aucun avis diététique n'est mis en place au sein de l'IME en plus de l'avis médical.	Il n'y a actuellement pas d'avis diététique. Les médecins de la mission ont constaté que beaucoup de produits très sucrés sont servis aux jeunes accueillis. Or les enfants polyhandicapés sont en grande majorité en fauteuil et le déficit d'activités de ceux-ci génère une minoration des besoins nutritionnels au niveau des rations caloriques (en l'absence de pathologies intercurrentes, neurodégénératives ou inflammatoires...). Une surveillance attentive de l'alimentation est nécessaire chez les enfants polyhandicapés pour aussi prévenir ou gérer la constipation du fait : - De leur mobilité réduite ; - De la problématique de leur tonus musculaire qui impliquent les muscles du transit intestinal ; - De la paralysie de l'intestin qui peut être secondaire aux lésions cérébrales. - Ces enfants peuvent rencontrer des difficultés à manger ou à boire normalement, ce qui peut entraîner un apport insuffisant en fibres ou en liquides, éléments essentiels pour prévenir la constipation.

						- Les médicaments prescrits pour ces enfants favorisent aussi la constipation car ils agissent sur le système nerveux central (psychotropes), parmi lesquels on retrouve les traitements de l'épilepsie, de la spasticité et des troubles du comportement. Fausse route : Pour pallier le risque majeur de fausse route alimentaire, l'alimentation est proposée sous forme de 3 niveaux de textures modifiées adaptées : › Normal › Mou, donc écrasable dans l'assiette › Mixé, lisse sans grumeaux Deux orthophonistes en libéral établissent au sein de l'IME un bilan pour la déglutition de chacun des enfants accueillis, leur compte-rendu est adressé au médecin généraliste de l'IME et le médecin établit une ordonnance pour la texture des aliments. En cas de besoin spécifique le médecin prescrit un régime spécifique et les professionnels de la cuisine sont prévenus.
						Remarque n°6 : Le suivi de l'état dentaire des jeunes est insuffisant.
						L'état dentaire de tous les enfants n'a pas pu être fait en l'absence de consultation dentaire annuelle malgré la volonté de la cadre de santé qui a exploré plusieurs possibilités de partenariats.
3.4.4. Habillement, toilettes, changement du linge						
						Quelles sont les modalités de recueil des habitudes, des besoins, des demandes pour les toilettes comme pour l'habillement et la constitution d'un trousseau de vêtement à l'entrée dans la structure ?
						Les modalités de recueil des habitudes, des besoins, des demandes pour les toilettes comme pour l'habillement et la constitution d'un trousseau de vêtement à l'entrée dans la structure sont recueillis lors de la réunion de préadmission. L'enfant et sa famille sont reçus en présence de toute l'équipe éducative de l'unité où l'enfant va être admis, l'équipe rééducative, l'infirmière de l'unité, la psychologue pour échanger sur les besoins et habitudes de vie de l'enfant.

	Intégration de la toilette et de l'habillement pour maintenir voire développer les capacités de la personne ?					
	Quelles sont les modalités d'organisation des toilettes en fonction des installations (lavabos, douches, baignoires et leur accessibilité pour personnes à mobilités réduites) ? Ces modalités intègrent-elles l'état général des personnes accueillies et leur autonomie pour effectuer leur toilette totalement ou partiellement ?					Les modalités d'organisation des toilettes le matin se font dans des salles de bain dédiées, dans des baignoires adaptées au polyhandicap. Les personnes accueillies n'ont aucune autonomie pour faire leur toilette seule, pour s'habiller ou pour être autonome pour les éliminations naturelles. Toutes les personnes handicapées accueillies ont des protections pour incontinence. Le lavage des mains avant les repas ou après les changes dans la journée n'est pas fait à l'eau et au savon, les lavabos n'étant pas adaptés à des personnes en fauteuil roulant ou marchant à 4 pattes. Il peut être nécessaire aussi même pour les externes de donner un bain dans la journée si nécessaire du fait d'une problématique d'incontinence. La toilette avec le bain est faite une fois par jour et plus si nécessaire. Les toilettes sont consignées dans _____ dans le dossier de chaque enfant accueilli.
	Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?					Ce sont deux personnes qui donnent le bain à chaque enfant en situation de polyhandicap. Le ménage n'est pas fait en même temps que la toilette.
	Quelles sont les modalités pratiques pour optimiser le confort, l'intimité et la dignité pendant la toilette, notamment si celle-ci est effectuée en même temps que le ménage de proximité, le change de la					

	litterie ou l'aération de la chambre ?	Articles L 311-3, D312-12 ; D 312-22 CASF			En mars 2023 il a été demandé une formation des équipes de l'IME, ce qui a permis de sélectionner les produits en fonction des besoins des enfants et adolescents, des protocoles de changes et d'hygiène personnelle. Le plan de soins pour les changes des protections s'appuie sur des bonnes pratiques et comprend les soins quotidiens de jour et de nuit ainsi que les soins de la peau. Il tient compte à la fois des enfants et des soignants. Cela a permis qu'il y ait moins de fuites lors des éliminations et de pouvoir adapter la bonne protection à chaque enfant. Une nouvelle formation de 9 personnes de l'équipe qui n'avaient pas encore été formés, a eu lieu le 3 juillet 2024. Les échanges de mails et la liste des personnes assistant à la formation ont été transmis à la mission. L'accompagnement aux sanitaires se fait selon le plan de soins, déterminé lors de l'élaboration du projet personnalisé. L'enfant est placé sur une chaise-pot, sanglé dans une pièce à changer. Cette pièce comporte un lit d'examen, des armoires en hauteur fermées par des attaches, un WC, un lavabo, une poubelle et un panier à linge. Cependant il n'y a pas de procédure concernant la contention sur les chaises-pots et leur durée. Lors de l'inspection, après interrogation devant la cadre de santé, d'une éducatrice spécialisée, il a été entendu qu'un enfant ou un adolescent pouvait être sanglé et laissé seul sur une chaise-pot plus d'une demi-heure dans une petite pièce toilette/ pièce à changer, pièce située au fond d'un couloir loin de la salle d'activités où se trouvent les éducateurs responsables des enfants, sans surveillance.
				Ecart n° 4 (Cf écart n°3) : En laissant les enfants seuls, sous contention et sans surveillance aux toilettes, l'établissement n'assure pas la sécurité des jeunes qu'il accompagne et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1°.	

3. Soins

3.8. Soins				
3.8.1. Personnels affectés aux soins				
Personnels de santé	Les personnels affectés aux soins sont-ils salariés de la structure, intervenant au sein de la structure à d'autres titres (mise à disposition, vacations, exercice libéral) ? Ces modalités sont-elles formalisées par convention avec une autre structure des secteurs ambulatoire, sanitaire ou médico-social ? Des soins programmés ou non sont-ils effectués en ville ou à l'hôpital ?	D312-21 et 23 CASF		
Certains personnels sont salariés, d'autres sont vacataires. La liste des personnels salariés transmise comprend : - Un médecin généraliste à 0,5 ETP ; - 6 IDE sont en CDI ; - 1 psychologue ; - 1 ergothérapeute ; - 1 Kinésithérapeute ; - 20 AMP et AS. En outre, 2 médecins MPR, 2 orthophonistes et 2 kinésithérapeutes interviennent en libéral. D'après les entretiens, un médecin psychiatre intervient dans l'établissement. Néanmoins, il ne figure pas dans les documents transmis. Des soins programmés peuvent être effectués en ville ou à l'hôpital ce qui est confirmé par le calendrier des consultations externes transmis.				

	Existe-t-il un volet médical dans le projet d'établissement décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? Le recours à certaines spécialités peut être orienté par les besoins de la population accueillie, notamment l'âge, la ou les comorbidités, les situations de handicap, que ce soit à titre préventif, en éducation thérapeutique, en soins ou en rééducations. Par exemple : gériatre, pédiatre, psychiatre, ORL, ophtalmologie, stomatologie, médecine physique.	L311-8 et D312-38 CASF			Le projet d'établissement pour la période 2024-2028 comprend un volet médical décrivant l'accompagnement à la santé, la prévention et l'organisation des soins au quotidien avec les missions et objectifs de chaque professionnel de santé.
Qualifications requises :	Quelles sont les professions de santé mobilisées pour atteindre les missions de la structure : auxiliaire de puériculture, aide médico-psychologique, aide-soignant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, médecin, orthophoniste,				Les professions de santé mobilisées pour atteindre les missions de la structure sont les suivants : AMP, AS, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, médecin généraliste, médecin psychiatre, médecin MPR, orthophoniste, pharmacien, psychologue et psychomotricien.

	orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?				
Organisation des postes :	Quelle est l'organisation du travail sur la base des contrats de travail, des fiches de postes, en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, les jours fériés, les week-ends et pendant les périodes de congés et auprès de l'ensemble des personnes accueillies quel que soit l'architecture de la structure (pavillonnaire, unités de vie...) ?				<u>Le médecin généraliste est présent</u> Le médecin psychiatre est présent le mardi Le premier médecin MPR est présent] Le deuxième médecin MPR est présent (source : planning transmis de mai à juillet 2024).

						L'ergothérapeute est présente
						Le médecin généraliste exerce la fonction de coordination de l'équipe soignante ainsi que la cadre de santé. Le pharmacien titulaire de la pharmacie mentionné dans la convention assure le rôle de référent.
3.8.2. Organisation et dispensation des soins						
Données de santé :	Comment, quand et avec quels supports sont organisés le recueil des données de santé et leur gestion (courrier, compte-rendu, dossier de demande d'admission, de visite de préadmission, d'admission et de suivi au sein de la structure, dossiers de liaison d'urgence, lettre de sorte d'hospitalisation, compte-rendu	D312-13 et 22 CASF				Le dossier est sur papier avant l'entrée de l'enfant dans la structure puis le dossier est transféré dans à l'entrée de l'enfant au sein de l'IME

	d'hospitalisation, prescriptions, dossier médical, autres...) ?					
	Quelle la régularité et la complétude des dossiers médicaux et infirmiers, des supports de transmissions, à partir d'un échantillon de dossiers ?					Les transmissions paramédicales sont réalisées de manière journalière.
	Quelles sont les modalités de protection et de traçabilité des données et de respect du secret médical et professionnel ?					Les dossiers informatisés sont sécurisés sur
	En consultant les dossiers, ceux-ci sont-ils sous clé? Retrouve-t-on suivi périodique de l'état de santé somatique, fonctionnel, neurologique et psychologique des personnes accueillies avec réévaluation périodique des besoins et demandes en soins thérapeutiques, de rééducation et de prévention	L311-3 et D312-37 CASF L1110-4 et R5126-113 CSP				Les dossiers papiers sont consignés sous clé à l'infirmier pour les anciens dossiers. Les dossiers sont tous sous En tous les enfants internes et externes ont été vus au moins une fois par un des médecins de l'IME (médecin généraliste et les deux médecins MPR).

	d'éducation pour la santé ?								
Prescription et de dispensation	La dispensation comprend-elle l'utilisation de l'original de la prescription, les informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel ? Le dossier pharmaceutique est-il alimenté ?								Toutes les ordonnances sont rentrées dans le logiciel permet une interface avec la pharmacie Le pharmacien est en charge de la fabrication de tous les piluliers des internes et se conforme strictement aux ordonnances en cours de validité. Les piluliers sous forme de sachets rouleaux nominatifs arrivent chaque semaine à l'IME et sont rangés dans des armoires fermant à clés. Les familles des externes fournissent les médicaments pour une durée d'un mois avec l'ordonnance en cours de validité. Le chariot de distribution des médicaments est préparé par les infirmières pour chaque journée. La prise des médicaments est toujours réalisée en présence d'une infirmière et est validée en temps réel sur une tablette, elle-même reliée au logiciel
	Existe-t-il un logiciel d'aide à la prescription (LAP) ? Les personnels habilités sont-ils formés à son utilisation et l'utilisent-ils ?								, utilisé par tous les professionnels soignants.

	Y a-t-il des actions pour améliorer la conformité des prescriptions ? date de la prescription - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité – mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante.				Les prescriptions sont réalisées sur	et sont conformes.
	Autorisations de soins urgents signée par parents ou tuteur	D312-37 CASF			Les autorisations de soins urgents signées par les parents ou tuteurs sont bien présentes dans les dossiers.	
	Protocoles de soins d'urgence et/ou en cas de situation exceptionnelle	R.311-35 CASF et Note DGAS 14-06-2007			Il existe un protocole vigilance attentat, des protocoles relatifs au plan bleu (communication, modalités d'évacuation, procédure de rappel des salariés, procédure de mise à l'abri et de confinement), malaise/accident de personnes, signes de gravité, réaction allergique majeure, crise convulsive, fièvre. La mission a constaté l'existence d'un sac dit "chariot d'urgence"	
	Existence d'une trousse d'urgence	Art L311-3 et D344-5-6 CASF - L5126-6 CSP + cf kit			avec vérification mensuelle (source : check-list du chariot d'urgence et planification du contrôle mensuel du sac d'urgence pour l'année 2024).	

		Chariot d'urgence			
	Existe-t-il et à quelles phases des pratiques de retranscription : à des étapes du processus de la PECM (retranscription non conforme) ; dans certaines situations prescriptions orales confirmées par écrit ?				D'après les entretiens, il n'y a pas de prescriptions orales.
Préparation des médicaments	La préparation des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ? Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ?				Oui
	Est-elle réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre ; l'entretien de l'ensemble des contenants individuels utilisés est-il régulièrement effectué et fait-il l'objet d'une traçabilité ?				Oui
	Les conditions de préparation des médicaments sont-elles réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche ? Y a-t-il un double contrôle des				La préparation des piluliers s'effectue par la pharmacie avec livraison une fois par semaine. Pour les externes, les médicaments sont fournis par la famille pour un mois. Le chariot de distribution des médicaments est préparé par les infirmières pour chaque journée et le contrôle est à nouveau effectué lors de la distribution des médicaments.

	piluliers assurés par un personnel différent ? Quelle est la fréquence de préparation des piluliers ou équivalents (une semaine, un mois, ou autre) ?				Des paniers contenant les médicaments peuvent être utilisés lors de la distribution de médicaments notamment le midi lorsqu'il y a peu de médicaments à distribuer.
	Quel est le personnel impliqué ? personnel de la PUI ou l'IDE de l'ESSMS, personnel de l'officine (préparateurs en pharmacie sous la présence effective du pharmacien) dans les locaux de l'ESSMS, personnel de l'officine dans les locaux de l'officine par le personnel compétent de l'officine ?				Les personnels impliqués sont les personnels de l'officine et les IDE de l'établissement. Il existe un protocole "Circuit du médicament : préparation et distribution des médicaments" datant du 12/02/2024. Une convention avec la pharmacie des [] à [] a été signée, datant de novembre 2018. Celle-ci est en cours de réactualisation. Une lettre d'engagement de participation au programme [] a été signée le 01/07/2024.
	Conditions de stockage des médicaments	R4312-15 et 38 - L5126 - R5126-13 CSP + Recos HAS Nov 2011 et Circ DGOS Fév 2012			Les médicaments sont stockés dans des armoires fermées à clés, au sein de l'infirmerie fermée à clé.
	Conditions de stockage des médicaments à garder au froid		Recos CCLIN Sud Ouest 2006 + OMÉDIT centre Val de		Les médicaments thermosensibles sont stockés dans un réfrigérateur dans la salle d'examen au sein de l'infirmerie.

Administration des médicaments			Loire 2016			
	L'administration comprend-elle l'identification du résident (notamment sur la prescription médicale et les contenants des médicaments), de la personne qui administre pour chaque résident, pour chaque prise ? Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ? Existe-t-il une procédure d'information en cas de non-administration ? Pour les spécialités sous forme multi doses la date d'ouverture et le nom du résident sont-ils consignés ?					Chaque enfant est identifié lors de l'administration des médicaments : nom et photo sur la tablette, nom sur les tiroirs individuels dans le chariot de médicaments. L'administration est validée en temps réel par l'IDE qui administre, sur la tablette. En cas de non-administration, cela est tracé sur les transmission mais il n'y a pas de procédure formalisée. Le nom du résident est bien indiqué sur un échantillon de spécialités sous forme multi doses contrôlé.

	Les actions suivantes sont-elles respectées ? Dispositif doseur propre et correspondant à la spécialité ? Durée limite d'utilisation après ouverture sur le conditionnement entamé (gouttes buvables...) ? Délai le plus court possible entre la préparation des médicaments mélangés avec un liquide ou à écraser avec le moment de l'administration ?				Le dispositif doseur correspond à la spécialité et la durée limite respectée. Les médicaments à préparer le sont juste avant l'administration.
Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ? avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique ? avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?				Remarque n°7 : Il n'existe aucun protocole de broyage des médicaments.	Il y a un broyeur mais aucun protocole de broyage de médicaments ne nous a été transmis.
Procédure de délégation de l'aide à la prise des médicaments	R4311-4 et R4235-48 CSP ; L 313-26 CASF			Ecart n°5 : En l'absence de procédure relative à la délégation de l'aide à la prise des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-4 du CSP et L 313-26 du CASF.	Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

					La mission n'a pas connaissance d'une procédure relative à la délégation de l'aide à la prise des médicaments, il n'y a pas de mention de cette procédure dans le circuit du médicament.
					D'après les entretiens, l'administration des médicaments se fait obligatoirement en présence de l'IDE mais cela est parfois demandé au maitresses de maison.
					Un travail est en cours avec la sur la délégation de l'administration et plus généralement sur le circuit du médicament (source : Lettre d'engagement de participation au programme MEDIC'HAP 2024-2025 signée le 01/07/2024).
					Une journée de formation sur la prise en charge de la douleur a eu lieu le 27/03/2024 portée par l'un des médecin MPR. Deux salariées de l'IME ont pu bénéficier de cette journée. En 2025 il est prévu qu'un groupe plus important de salariés participe à cette journée de prise en charge de la douleur pour les personnes polyhandicapées.
					Il existe un partenariat avec dans le cadre de la prise en charge des maladies neurodégénératives.
					Il existe des protocoles pour les pathologies rencontrées : gastro-entérite aiguë, infection respiratoire aiguë, gestion des risques légionnelles, isolement COVID 19, canicule, prévention et maîtrise d'un épisode de gale, allergie, réaction allergique majeure, signes de gravité, constipation, crise convulsive, fièvre.
					Il existe également un protocole en cas d'accident exposant au sang, et des protocoles spécifiques en cas de risques infectieux
Surveillance et situations cliniques (non exhaustif)	Existe-t-il un protocole de lutte contre la douleur ?				
	Quelles sont les modalités d'accompagnement par une équipe mobile de soins palliatifs ou un réseau de santé (accès aux médicaments à rétrocession hospitalière) ; utilisation des formes injectables ?				
	Existe-t-il des protocoles de suivi pour les pathologies rencontrées dans l'ESSMS ? et les conduites à tenir dans diverses situations : diabète, épilepsie, chutes...				

Gestion des événements, effets indésirables, alertes ruptures d'approvisionnement					: un protocole « Gestes barrières et précautions standard » décrivant l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, les tenues de protection, le nettoyage d'une surface souillée, l'élimination des déchets et l'entretien du linge infecté. Un protocole « Hygiène de l'environnement du résident en cas de GEA » avec protocole d'entretien renforcé des surfaces et des locaux ainsi que du matériel et du linge a également été transmis à la mission.
	Registre des accidents ou incidents complété	D323-33 CASF			Un registre de l'APAJH sur la plateforme en place dès février 2024.
	Existe-t-il une procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?				Chaque salarié a accès à _____ et peut déclarer un événement indésirable en se connectant avec son adresse mail et son mot de passe. Tous les événements indésirables sont travaillés ensuite avec la directrice, les cadres et le personnel. Des CREX sont réalisés, tout le personnel y est invité. Le suivi des événements indésirables se fait sur _____
	Existe-t-il des critères pour prioriser les événements à analyser par une démarche collective et pluriprofessionnelle (retour d'expérience) ? Est-ce que des propositions d'actions en correction ou en prévention sont identifiées et suivies ? Est-ce que ces retours d'expériences sont tracés ?				
	Existe-t-il une procédure de déclaration des effets indésirables liés à des médicaments (coordonnées du centre régional de pharmacovigilance) ?	L 331-8-1, L 119-2 et R331-8 CASF			Ecart n°6 : En l'absence de procédure de déclaration des EIGS aux autorités administratives compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.
					Il n'existe actuellement pas de procédure, un travail est en cours avec la _____

	Est-ce que ces signalements sont effectués via le site www.signalement-sante.gouv.fr ?					
3.8.3. Locaux de soins, matériels et dispositifs	D312-33 CASF					
	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisé) ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?					L'infirmierie est centralisée dans un des bâtiments, à proximité des bureaux des médecins, du secrétariat médical et des salles de kinésithérapie. Celle-ci est propre et les règles d'hygiène sont respectées.
	Quels équipements : lit d'examen, matériel de pesée, chariot d'urgence, instruments de mesure, produits d'hygiène (solution hydro alcoolique), équipement de rééducation, fauteuil dentier... ?					L'infirmierie est équipée d'un sac d'urgence, de produits d'hygiène et d'une salle d'examen attenante avec la table de kinésithérapie. Les équipements de rééducation sont dans la salle de kinésithérapie.
	Les locaux dédiés aux médicaments et dispositifs médicaux sont-ils bonne température, et plus particulièrement les médicaments thermosensibles ?					Oui

	Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ? Comment et par qui a-t-il été élaboré ? À partir de quels constats ?	L311-8 et D312-38 CASF		Le projet d'établissement 2024-2028 comprend un volet relatif aux soins. Celui-ci a été élaboré par un groupe de travail animé par les cadres de l'établissement et le directeur adjoint de l'APAJH.
	Comment l'ESSMS a-t-il organisé sa prise en charge avec l'appui d'un SSAID, d'une HAD, d'un réseau, d'une équipe mobile, d'une structure sanitaire ? Comment cette organisation est-elle formalisée et suivie ?			L'établissement a des partenariats non formalisés avec l'hôpital d'Eaubonne et Une convention a été signée avec le (Cependant il a été indiqué à la mission lors des entretiens que les examens bucco-dentaires n'avaient pas pu être réalisés dans le centre : les enfants refusaient l'examen malgré la prémédication. Une convention a été signée avec service d'échographie et de radiologie à domicile, le 10 mai 2023. Une évaluation externe comprenant la PECM a été réalisée en Les résultats ont amené l'établissement à mener un travail avec la STARAQS.
Informations partagées :	Les évaluations interne et externe prenant en compte la PECM sont – elles réalisées ?			
Temps de concertation et de coordination	Existe-t-il des temps de transmission entre les équipes (orales, écrites, ciblées) ? de réunion avec les équipes pour des retours d'expérience et des études de cas, d'information et formation ?			Des réunions entre le médecin généraliste, la cadre de santé et l'équipe paramédicale ont lieu une fois par semaine. Ces réunions font l'objet de comptes rendus écrits (source : projet d'établissement, comptes rendus des réunions paramédicales).

	Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ?				Les personnels nouveaux arrivants travaillent en binômes plusieurs jours.
	Quels sont les supports utilisés ? lettre, DLU, DP, DMP, système informatique et application avec accès nominatif permettant le respect du secret médical, téléconférence ?				Le dossier de liaison est édité via le logiciel Ce dossier contient le dossier administratif et médical, les traitements en cours et à venir, les observations, les comptes rendus paramédicaux, le plan de soins, les transmissions, le projet personnalisé et la prise des constantes (source : exemples de dossiers de liaison). L'accès est nominatif permettant le respect du secret médical.
	Conventionnement avec ES pour soins et urgences	D.344-5-5 alinéas 5 et 7 CASF		Ecart n°7 : L'absence de partenariat formalisé avec l'établissement de santé de secteur, notamment pour la prise en charge des urgences, contrevient aux dispositions de l'article D.344-5-5 du CASF.	Il existe un partenariat non formalisé avec l'hôpital d'Eaubonne.

4. Conclusion

L'IME le Clos Fleuri a mis en place des mesures permettant une prise en charge et un suivi médical des enfants accueillis. L'accompagnement repose sur une équipe médicale pluridisciplinaire (un médecin généraliste, 2 médecins MPR, un psychiatre) et paramédicale, avec une cadre de santé assurant ses missions de coordination dans un objectif d'amélioration continue de la prise en charge.

La mission a néanmoins constaté les écarts et les remarques suivantes :

Écarts :

Ecart n°1 : En l'absence de protocole d'hygiène dans la structure ne garantissant pas la propreté des lieux et des équipements, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-22 3° du CASF.

Ecart n°2 : Les conditions pour permettre à tous les enfants et les jeunes accueillis de se laver les mains ne sont pas réunies, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D 312-22 3° du CASF.

Ecart n°3 : En mettant en place des mesures de contention sans ordonnance et en l'absence de protocole dédié, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 CASF.

Ecart n°4 : En laissant les enfants seuls, sous contention et sans surveillance aux toilettes, l'établissement n'assure pas la sécurité des jeunes qu'il accompagne et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1°.

Ecart n°5 : En l'absence de procédure relative à la délégation de l'aide à la prise des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-4 du CSP et L 313-26 du CASF.

Ecart n°6 : En l'absence de procédure de déclaration des EIGS aux autorités administratives compétentes, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.

Ecart n°7 : L'absence de partenariat formalisé avec l'établissement de santé de secteur, notamment pour la prise en charge des urgences, contrevient aux dispositions de l'article D.344-5-5 du CASF.

Remarques :

Remarque n°1 : Il est constaté un manque de coordination pour les achats de produits d'entretien.

Remarque n°2 : Pour se laver les mains, aucune solution alternative au lavabo n'est proposée aux enfants marchant à 4 pattes.

Remarque n°3 : Il n'existe pas de procédure formalisée de change du linge à plat, ni du circuit du linge.

Remarque n°4 : Absence de temps de supervision.

Remarque n°5 : Aucun avis diététique n'est mis en place au sein de l'IME en plus de l'avis médical.

Remarque n°6 : Le suivi de l'état dentaire des jeunes est insuffisant.

Remarque n°7 : Il n'existe aucun protocole de broyage des médicaments.

Fait à Cergy, le 04/10/2024

1.2 Lettre de mission



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS
du Val d'Oise

Saint Denis, le 24 JUIN 2024

Référence

Madame, Monsieur,

L'Institut Médico-Educatif « Le Clos Fleuri » situé à Ermont (95120), géré par l'association « APAJH du Val d'Oise » dispose d'une capacité d'accueil de 67 places (3 places d'internat en accueil temporaire, 40 places en semi-internat et 24 places en hébergement complet internat dont 6 places en accueil séquentiel) pour enfants de 0 à 20 ans polyhandicapés.

À la suite de la déclaration d'un événement indésirable grave (EIG) portant sur le décès d'un jeune garçon au sein de l'IME survenu le 28 mai 2024, j'ai décidé de diligenter une inspection inopinée sur le fondement des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Aussi, cette mission investiguera notamment la gouvernance, les processus d'admission et de sortie des usagers, l'information et la participation de l'usager et de son représentant légal, la qualité de la prise en charge sanitaire et éducative des enfants accueillis ainsi que la démarche qualité et gestion des risques, conformément aux dispositions générales des articles L. 312-1-I, 2^o et D. 312-0-1, 1^o du code de l'action sociale et des familles (CASF), aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des articles D. 312-11 à D. 312-40 et D. 312-60 à D. 312-74 du même code et aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

¹ Article L. 312-1-I, 2^o du CASF : « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après : (...) »
² Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (...) ».

Il sera accompagné par les personnes qualifiées suivantes, désignées au titre de leur expertise dans le champ du handicap sur la base de l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique (CSP) :

-

-

-

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 CSP² s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à l'accomplissement de la mission.

En particulier, le médecin associé à la mission pourra se voir délivrer un accès sur place et le cas échéant distant aux dossiers de soins et aux dossiers médicaux présents dans le système d'information utilisé par l'établissement.

En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que l'équipe de la mission jugera utile de rencontrer immédiatement sur place ou secondairement à distance, en télé ou visio-conférence.

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'inspecteur. 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.

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

La Directrice de la Délégation départementale du Val-d'Oise

1.3 Liste des personnes rencontrées en entretien

- La directrice de l'établissement ;
- La cheffe de service éducatif ;
- La cadre de santé ;
- Un psychologue ;
- Une éducatrice spécialisée ;
- Une maitresse de maison ;
- Un parent.

1.4 Liste des documents consultés/recueillis

Liste des documents à consulter / à transmettre

IME Le Clos Fleuri - Ermont

Inspection du 01/07/2024

Documents à transmettre à l'équipe administrative

Liste des documents à fournir immédiatement

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Liste nominative des enfants présents le jour de la visite en précisant ceux relevant de l'amendement creton et, pour ceux en internat, indiquer leur chambre et étage.	immédiat	
2	Liste des salariés présents ce jour en précisant le poste occupé et le type de contrat.	immédiat	
3	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de la journée et de la nuit passée, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires et stagiaires.	immédiat	
4	Organigramme nominatif de l'IME avec mention des ETP.	immédiat	
5	Plan des locaux.	immédiat	
6	Liste nominative des enfants sous contention		

Liste des documents à transmettre à la mission pour consultation sur place le jour de l'inspection

N°	Nature du document demandé	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
7	Dossiers des personnels du jour et de la nuit (veille) Pour les professionnels ayant obligation d'inscription à l'ordre : preuve d'inscription à l'ordre ou inscription au RPPS	
8	Dossiers des enfants incluant leurs PAI	
9	Liste des demandes d'admission 2023 et 2024 avec la date, le nom de l'enfant concerné par la demande et l'issue de la demande (admission ou refus).	
10	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	
11	Classeurs 2022-2023-2024 des réclamations et des EIG	
12	Registre de recueil des réclamations et des doléances des enfants/familles	
13	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires	
14	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes relatives à la gestion des risques	

Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection
Format électronique uniquement à l'adresse suivante portant mention « INSPECTION IME
CLOS FLEURI – ADMINISTRATIF »:
Indiquer lors de l'envoi le numéro de pièce correspondante

N°	Nature du document demandé	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
15	Le projet associatif	
16	Tableau de suivi d'actualisation des PAI (indiquant le niveau d'avancement)	
17	Procédure d'admission incluant les critères de refus	
18	Calendriers et CR CODIR / COMEX / COPIL 2023 et 2024 + CR des réunions du service éducatif des 3 derniers mois	
19	Plannings des équipes jour/nuite des 2 derniers mois incluant le soin, légendés (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires et stagiaires.	
20	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail, diplômes et fonction exercée à renseigner dans le tableau des personnels salariés (modèle transmis le jour de l'inspection sous format Excel et non PDF) ainsi que la recherche du casier B2 (y compris bénévoles)	
21	Procédure d'affectation des personnels socio-éducatifs aux groupes d'enfants (catégories professionnelles, fréquence de changements)	
22	Fiche de mission du référent qualité, incluant son nom et les modalités de nomination/ désignation	
23	Document unique de délégation du directeur (DUD)	
24	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	
25	Planning des astreintes et procédure.	
26	Projet d'établissement et compte rendu du CVS lors duquel il a été présenté	
27	Règlement de fonctionnement et compte rendu du CVS lors duquel il a été présenté	
28	Livret d'accueil, contrat de séjour, charte de la personne accueillie	
29	Procédure(s) et livret(s) d'accueil des nouveaux professionnels salariés et des intervenants extérieurs	
30	Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	
31	Dernières analyses des résultats de l'enquête de satisfaction 2023	
32	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives	
33	Procédure d'élaboration du Projet individualisé (pédagogique, éducatif et thérapeutique)	
34	Liste des lieux de stages pour la préparation à la sortie du jeune et listes des stages effectués en 2023	
35	Liste des membres du CVS et PV de la dernière élection	
36	Règlement intérieur du CVS	
37	Comptes rendus des réunions du CVS 2023 et 2024 et calendrier prévisionnel 2024	
38	Le plan amélioration continue de la qualité (PACQ)	
39	Plannings individuels et collectifs des animations / activités 2024	
40	Conventions ou contrats: - de partenariats avec des sociétés de transport	

	- de partenariats avec l'éducation nationale - avec autres établissements médico-sociaux - avec partenaires culturels et sportifs et/ou associatifs - Autres conventions	
--	---	--

Liste des documents à consulter / à transmettre

IME Le Clos Fleuri - Ermont

Inspection du 01/07/2024

Documents à transmettre à l'équipe médicale

Liste des documents à fournir immédiatement

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Liste nominative des enfants présents le jour de la visite en précisant ceux relevant de l'amendement creton et, pour ceux en internat, indiquer leur chambre et étage.	immédiat	
2	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de la journée et de la nuit passée, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires et stagiaires.	immédiat	
3	Organigramme nominatif de l'IME avec mention des ETP.	immédiat	
4	Plan des locaux.	immédiat	
5	Liste nominative des enfants sous contention		

Liste des documents à transmettre à la mission pour consultation sur place le jour de l'inspection

N°	Nature du document demandé	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
6	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes relatives aux soins	
7	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles et procédures de soins	
8	Registre des actes de soins	
9	Classeurs avec les ordonnances en cours	
10	Agenda des rendez-vous médicaux et paramédicaux des enfants	

Liste des documents à transmettre sous 48h après l'inspection
Format électronique uniquement à l'adresse suivante portant mention « INSPECTION IME
CLOS FLEURI – MEDICAL »:
 Indiquer lors de l'envoi le numéro de pièce correspondante.

N°	Nature du document demandé	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
11	Conventions ou contrat suivants: - des professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement - avec un EDS pour la prise en charge urgente entre l'établissement et l'officine de ville livrant les médicaments - Autres conventions	
12	Comptes rendus des commissions de coordination médicales 2022 à 2024	
13	Comptes rendus des trois dernières réunions des services de soins? (Pluridisciplinaires, médicales, ...)	
14	Organisation de la continuité médicale : protocole en cas d'absence de l'IDE et/ou du médecin	
15	Protocole soins si besoin	
16	Protocole soins d'urgence et contenu de la trousse /armoire d'urgence	
17	Modèle fiche de liaison d'urgence	
18	Protocoles relatifs aux soins de nursing et à l'intimité aux éliminations urinaires et fécales.	
19	Protocoles relatifs au circuit du médicament	
20	Protocole contentions	

