

Direction de l'Autonomie

<p>Institut médico-éducatif (IME) Le Cèdre Adresse 12 rue de Bagnoux 92320 Châtillon N° FINESS Géographique 920690096</p>	
<p>RAPPORT D'INSPECTION N° SIICEA 2025_IDF_00127 Contrôle sur place le 24 juin 2025</p>	
<p><u>Mission conduite par :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- [REDACTED] inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France, Direction de l'autonomie	
<p><u>Accompagnée par :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie- [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie- [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie- [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie- [REDACTED] médecin inspectrice, Direction de l'autonomie	
<p><u>Textes de référence</u></p>	<p>Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique Article L.1435-7 du Code de la santé publique</p>

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	15
1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation	15
1.1.1. Le régime juridique de la structure	15
1.1.2. Le taux d'occupation	15
1.1.3. La population accueillie	16
1.1.4. La transformation de l'offre	17
1.2.Management et Stratégie	19
1.2.1. Le projet d'établissement (PE)	19
1.2.2. Le projet d'établissement : contenu	20
1.2.3. Le règlement de fonctionnement (RF)	22
1.2.4. L'organigramme	24
1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur	25
1.2.6. Directeur : Qualification, contrat et fiche de poste	25
1.2.7. Le remplacement de la direction	27
1.2.8. Les délégations au directeur d'ESSMS et directeur titulaire de la fonction publique territoriale ou d'Etat	27
1.2.9. Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COPIL)	28
1.2.10. Les astreintes	28
1.2.11. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	29
1.2.12. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	29
1.2.13. Les conflits entre direction et salariés	29
1.2.14. Les affichages	30
1.3.Animation et fonctionnement des instances	31
1.3.1. Le Conseil de vie sociale (CVS)	31
1.4.Gestion de la qualité	34
1.4.1. Le responsable qualité	34
1.4.2. Les professionnels référents	34
1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	34
1.4.4. L'auto-évaluation	35
1.4.5. L'évaluation de la qualité (externe)	35
1.4.6. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	36
1.4.7. Les sanctions corporelles	37
1.4.8. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	37
1.4.9. La bientraitance en pratique	39
1.4.10. Les « comportements défis » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)	40
1.4.11. La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)	41
1.5.Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	42
1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	42
1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	43
1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	44
1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	45
2. Fonctions support	46
2.1.Gestion des ressources humaines	46
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	46
2.1.2. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure	48
2.1.3. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe pédagogique	48
2.1.4. La compensation des postes vacants sur la structure	48
2.1.5. La proportion entre les CDI et CDD	49
2.1.6. Le taux d'absentéisme des professionnels	50
2.1.7. Le taux de rotation des professionnels	50
2.1.8. La fidélisation des professionnels	50
2.1.9. Les dossiers administratifs des professionnels	51
2.1.10. Les intervenants/prestataires externes	52
2.1.11. Le plan de formation des professionnels	53
2.1.12. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	54
2.1.13. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	55
2.1.14. L'organisation générale du planning des professionnels	57
2.1.15. Analyse des plannings	57
2.1.16. Les fiches de poste des professionnels	57
2.1.17. Les glissements de tâches	58
2.2.Gestion d'information	59

2.2.1.	Le registre unique du personnel (RUP) :	59
2.2.2.	Le registre des entrées et sorties des usagers	59
2.2.3.	Le registre des présences quotidiennes	59
2.2.4.	Le support et le contenu des dossiers des usagers	60
2.2.5.	Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs dans les dossiers médicaux et de soins	62
2.2.6.	La traçabilité des soins des professionnels de soins interne dans les dossiers médicaux et de soins	62
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	63
2.3.1.	L'état général du bâtiment	63
2.3.2.	Espaces extérieurs	64
2.3.3.	Le suivi des réparations	66
2.3.4.	L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)	66
2.4.	Locaux et équipements	67
2.4.1.	Fonctionnalité et hygiène des locaux	67
2.4.2.	La salle d'apaisement	70
2.4.3.	Les chambres : mixité	70
2.4.4.	Chambre : architecture	70
2.4.5.	Chambre : mobilier	71
2.4.6.	Les pièces d'eau	72
2.5.	Sécurités	74
2.5.1.	L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement	74
2.5.2.	Les vaccinations des usagers	74
2.5.3.	La prévention des fugues	74
2.5.4.	L'identification des usagers (identitovigilance)	75
3.	Prises en charge	76
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	76
3.1.1.	L'admission	76
3.1.2.	Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »	77
3.1.3.	Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)	77
3.1.4.	Le livret d'accueil	78
3.1.5.	Les médecins traitants	78
3.1.6.	La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers	79
3.1.7.	Les transmissions inter équipes	80
3.1.8.	L'amendement Creton	82
3.1.9.	La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie	82
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	83
3.2.1.	Les Projets individualisés d'accompagnement (PIA) :	83
3.3.	Respect des droits des personnes	86
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	86
3.3.2.	La liberté d'aller et venir	86
3.4.	Vie sociale et relationnelle	87
3.4.1.	Relations avec les familles	87
3.4.2.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	88
3.5.	Vie quotidienne	88
3.5.1.	Le transport des jeunes	88
3.5.2.	La tenue vestimentaire des jeunes	88
3.6.	L'hébergement, l'internat	89
3.6.1.	L'internat	89
3.6.2.	L'hygiène corporelle selon l'autonomie	89
3.6.3.	Les changes	90
3.6.4.	Le circuit du linge	90
3.7.	L'alimentation	90
3.7.1.	La conception des repas	90
3.7.2.	Les salles de restauration	91
3.7.3.	Les régimes, textures	91
3.7.4.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	91
3.8.	Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure	92
3.8.1.	Articulation des équipes éducatives et pédagogiques	92
3.9.	Champ de l'éducation : la scolarisation	92
3.9.1.	L'intégration scolaire	92
3.9.2.	La scolarisation en milieu ordinaire	93
3.9.3.	La scolarisation en unités d'enseignement	93
3.9.4.	Les projets personnalisés de scolarisation	93

3.10. Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	93
3.10.1. L'organisation des soins dans le projet d'établissement	93
3.10.2. Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	94
3.10.3. Missions médicales	94
3.10.4. Le cabinet médical et l'infirmier	95
3.10.5. La prise en charge en rééducation	96
3.10.6. Les prescriptions médicales	96
3.10.7. Les prescriptions de rééducation	97
3.10.8. Le dossier de liaison d'urgence (DLU)	97
3.10.9. Le registre de l'état sanitaire	97
3.10.10. Le défibrillateur automatique externe (DAE)	98
3.10.11. La trousse d'urgence	98
3.10.12. Les procédures et protocoles de soins	99
3.10.13. Prise en charge des usagers atteints de troubles de spectre de l'autisme (TSA) et troubles du neuro-développement (TND)	100
3.10.14. Prise en charge d'une crise d'épilepsie	100
3.11. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	101
3.11.1. La procédure du circuit du médicament	101
3.11.2. Communication avec la pharmacie	101
3.11.3. Les stupéfiants	102
3.11.4. Les médicaments	102
3.11.5. La préparation des médicaments pour les sorties à l'extérieur	107
4. Relations avec l'extérieur	108
4.1. Environnement	108
4.1.1. Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)	108
4.1.2. L'insertion de la structure dans la population locale	108
4.2. Coordination avec les autres secteurs	108
4.2.1. Les conventions et partenariats	108
5. Écarts	111
6. Remarques	116
7. Conclusion	120
8. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	123
9. Annexes	125
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	125
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés	128
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	131

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

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

Une analyse d'indicateurs a classé l'IME Le Cèdre situé au 12 rue de Bagneux, 92320 Châtillon, N°FINESS géographique 920690096, parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF).

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

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances
 - o Respect des droits des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
- Adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue
- Gouvernance
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
- Gestion des ressources humaines
- Fonction support
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
 - o Locaux et équipements
 - o Sécurités
- Individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées
 - o Projet individualisé d'accompagnement
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 - o Vie quotidienne – hébergement – alimentation
 - o Soins
- Accompagnement éducatif au sein de la structure – scolarisation – formation professionnelle
- Moyens pour la prise en soin et prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents

- Application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes - notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND)
- Relations avec l'extérieur
 - Environnements
 - Coordination avec les autres secteurs

La structure inspectée a collaboré lors de la visite sur site du 24 juin 2025 et par la suite. La mission d'inspection a eu accès à tous les locaux et tous les documents nécessaires au contrôle. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, la mission a eu accès aux logiciels et aux données stockées, le jour de la visite sur site puis à distance pendant un nombre de jours déterminé. Les agents ayant la qualité de médecin ont eu accès aux données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

La mission d'inspection a pu rencontrer les professionnels souhaités, parmi ceux exerçant à l'IME le jour de la visite sur site.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

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

- Écart 3 : L'IME prend en charge des enfants de façon plus restrictive que son agrément sur les critères du sexe et de l'âge, contrevenant à son arrêté d'autorisation n°2019-64 du 11 mars 2019 et aux dispositions du décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).
- Écart 4 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
- Écart 18 : Les risques psychosociaux identifiés au sein de la structure, le mal-être au travail exprimé par certain nombre de professionnels et les signes de fatigue professionnelle de l'équipe ne permettent pas d'assurer un accompagnement de qualité des enfants et adolescents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.
- Écart 22 : En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.
- Écart 27 : En ne mettant pas en œuvre une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, la structure contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-3 du CASF.
- Écart 34 : Le recours massif aux CDD, avec un personnel peu qualifié, ne permet pas de garantir la sécurité des usagers et une prise en charge de qualité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-1 du CASF.
- Écart 39 : En confiant en l'absence de l'IDE la distribution des traitements (soins courants de la vie quotidienne) à des professionnels non réglementairement autorisés, l'établissement porte atteinte à la continuité et à la sécurité des soins et contrevient donc aux dispositions de l'article R. 4311-4 du CSP et à celles de l'article L. 311-3 (1°) du CASF.
- Écart 41 : L'incomplétude des dossiers administratifs, notamment due à la multiplicité des supports (papier et informatisé) contrevient aux dispositions de l'article D. 312-37 du CASF.
- Écart 42 : En n'assurant pas la traçabilité systématique des interventions des professionnels de soins dans les dossiers médicaux et de soins des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-37 du CASF relatif au dossier de l'enfant ou adolescent (notamment au 8° et 9° relatifs au compte rendu de la surveillance régulière et aux certificats médicaux et résultats d'examens cliniques pratiqués à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement) et également aux dispositifs de l'article L. 1111-7 du CSP.
- Écart 44 : En l'absence de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux, l'IME n'est pas en capacité de proposer un accompagnement thérapeutique adapté, contrevenant aux dispositions de l'article D. 312-12 2° et 3° du CASF.
- Écart 45 : En l'absence d'un enseignant sur [REDACTED] prévus, l'IME n'est pas en capacité de proposer un accompagnement pédagogique adapté, contrevenant aux dispositions d'article D. 312-12 4° a) du CASF.
- Écart 47 : En ne réévaluant pas systématiquement a minima annuellement le projet d'accompagnement individualisé de chaque personne accompagnée, l'établissement ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques et contrevient aux dispositions de l'article D. 312-14 du CASF.
- Écart 50 : En ne disposant pas d'un protocole détaillé et spécifique à la mise sous contention, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
- Écart 51 : En ne mettant pas en place une surveillance de nuit adaptée au public accueilli et à la configuration de l'établissement, l'IME ne respecte pas l'article D. 312-40 alinéa 3 du CASF.
- Écart 54 : En ne désignant pas de médecin parmi ceux mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21 du CASF pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale, l'établissement contrevient à l'article D. 312-22 du CASF.
- Écart 57 : En ne formalisant pas de procédure d'actualisation des DLU et en ne dématérialisant pas leur remplissage et leur actualisation, l'établissement ne permet pas une transmission efficace des informations nécessaires à la continuité des soins en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 1110-1 du CSP.
- Écart 59 : En ne disposant pas de protocoles de gestion des urgences, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente des professionnels aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des usagers et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
- Écart 61 : En ne disposant pas d'un protocole de circuit du médicament conforme, l'établissement ne permet pas une gestion adaptée des médicaments au sein de la structure notamment en l'absence de l'IDE, et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF relatif à la sécurité des usagers.
- Écart 65 : En ne disposant pas d'une procédure pour l'administration des médicaments psychotropes sur prescription conditionnelle ou "si besoin", l'établissement ne peut garantir la bonne connaissance par les professionnels des conditions d'administration de ces médicaments, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.

- Remarque 1 : L'accompagnement au changement des professionnels de l'IME est lacunaire. Ils ne sont pas associés à la dynamique de transformation de l'offre de service de l'IME, ce qui provoque des inquiétudes de leur part sur la réorganisation opérationnelle de l'établissement.
- Remarque 9 : L'absence de plan d'amélioration continue de la qualité ne permet pas de répondre aux attendus en termes de suivi des enjeux qualité au sein de l'établissement.
- Remarque 14 : La mission n'a pas constaté l'existence de procédures de gestion des « comportements défi », de formations proposées à tous sur la thématique ou d'outils permettant une analyse systématique de la situation comme le recommande la HAS, alors même que ces recommandations ont déjà été formulées dans le cadre de l'évaluation interne de l'établissement en 2021. L'absence de ces éléments ne permet pas la bonne compréhension par les professionnels des crises et des moyens d'action pour intervenir.
- Remarque 15 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la HAS.
- Remarque 16 : La culture de déclaration des EI n'est pas suffisamment répandue au sein de l'établissement pour que l'ensemble des EI, EIG et EIGS soient déclarés par les professionnels, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS.
- Remarque 17 : En ne réalisant pas systématiquement un retour aux déclarants sur l'analyse et le suivi de l'EI déclaré ainsi que sur les mesures correctrices mises en œuvre, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS.
- Remarque 23 : En ne disposant pas d'un plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels et en ne permettant pas de façon optimale l'accès à des formations, l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels.
- Remarque 30 : Le manque d'isolation des étages supérieurs ne garantit pas un accueil de qualité des enfants et adolescents, ainsi que des professionnels, sur l'IME.
- Remarque 34 : Au regard des profils des jeunes accueillis, la mise en place d'un ou plusieurs espaces de retrait au calme pourrait être bénéfique dans le cadre de l'accompagnement proposé. Ils peuvent être utilisés de façon volontaire par les jeunes dans le cadre d'une stratégie éducative préventive ou dans le cadre d'une stratégie de protection en cas de survenue de comportement problème.
- Remarque 39 : L'IME ne prévoit pas un programme d'activités, et notamment en inclusion, suffisamment étayé sur l'ensemble de la journée.
- Remarque 40 : En ne mettant pas tout en œuvre pour assurer les transmissions entre les équipes de jour et de nuit, l'établissement ne permet pas une bonne circulation de l'information.
- Remarque 41 : Bien que l'IME ait mis en place un outil numérique pour les transmissions, son utilisation n'est pas systématique et pas acquise par l'ensemble des professionnels, ne permettant pas une circularisation optimale de l'information entre ses professionnels.
- Remarque 46 : En ne plaçant pas le défibrillateur automatisé externe dans un emplacement visible du public et en permanence facile d'accès, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R.157-2 du code de la construction et de l'habitation.
- Remarque 49 : En ne définissant pas de mode d'identification (tel que des photos), autre que le nom et prénom sur les piluliers pour les usagers ayant des limitations dans la parole et/ou le langage, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques décrites dans le référentiel de certification de la HAS « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse » en termes d'identitovigilance.

INTRODUCTION

Contexte de la mission d'inspection

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

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

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

Une analyse d'indicateurs a classé l'IME Le Cèdre situé au 12 rue de Bagneux, 92320 Châtillon, N°FINESS géographique 920690096, parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

Modalités de mise en œuvre

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

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- [REDACTED] inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France, Direction de l'autonomie
- [REDACTED] Direction de l'autonomie

L'équipe d'inspection est accompagnée de :

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

Ce contrôle a été réalisé sur site le 24 juin 2025, de manière inopinée². La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

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

- Prévention et lutte contre les maltraitements
 - o Respect des droits des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
- Adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue
- Gouvernance
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

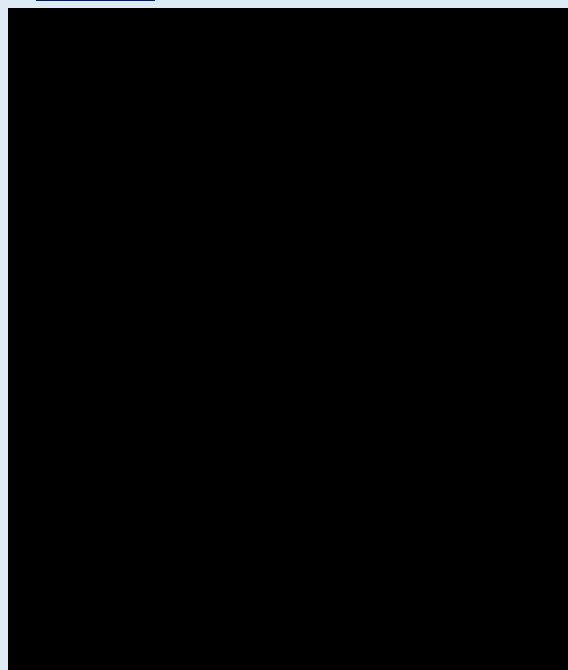
² Sans annonce préalable à l'établissement

- Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
- Gestion des ressources humaines
- Fonction support
 - Gestion d'information
 - Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
 - Locaux et équipements
 - Sécurités
- Individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées
 - Projet individualisé d'accompagnement
 - Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 - Vie quotidienne – hébergement – alimentation
 - Soins
- Accompagnement éducatif au sein de la structure – scolarisation – formation professionnelle
- Moyens pour la prise en soin et prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents
- Application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes - notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND)
- Relations avec l'extérieur
 - Environnements
 - Coordination avec les autres secteurs

Présentation de l'établissement inspecté :

L'établissement dont la raison sociale est IME Le Cèdre.

Document 1. Photo de l'établissement



Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	UNAPEI 92
Adresse de l'organisme :	119 Grande Rue
Code postal et Ville :	92310 Sèvres
Téléphone fixe :	01 41 14 06 30

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Site internet	https://www.unapei92.fr/
Nombre d'ESSMS gérés	■

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	12 rue de Bagneux
Code postal et Ville :	92320 Châtillon
Téléphone fixe :	■
Site internet :	https://www.unapei92.fr/ime-le-cedre/

Type de structure			
Type d'établissement / service :	Institut Médico-Éducatifs (IME)		
Raison sociale :	IME Le Cèdre		
Numéro FINESS :	Géographique :	920690096	Juridique : 920800976
Statut juridique de l'entité juridique	Association loi 1901 Reconnue d'Utilité Publique		
Date d'ouverture :	1967		
Date du CPOM (mm/aaaa) :	■		
Présence d'une PUI ³ :	Non		

Les Instituts Médico-Éducatifs (IME) sont des établissements qui accueillent les enfants et adolescents atteints de handicap mental, ou présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles de la personnalité, de la communication ou des troubles moteurs ou sensoriels.

Les équipes de ces établissements mettent en œuvre un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle.

La validité de l'autorisation est en cours depuis le 03/01/2017.

L'autorisation concerne la prise en charge de jeunes et d'adolescents atteints de déficience intellectuelle, régie par les articles [D312-11 à D312-58 du CASF](#).

L'IME a une capacité d'accueillir ■ jeunes et adolescents qui sont répartis comme suit :

Nombre de places par modalités d'accueil et type de déficience	Déficiences intellectuelles	Déficiences psychiques (y compris TCC)	Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	Déficiences motrices	Déficiences visuelles	Déficiences auditives	Troubles spécifiques et sévères du langage et/ou des apprentissages (dysphasie...)	Polyhandicap	Total
Internat complet/ Hébergement continu (365 jours/an)									
Internat/Hébergement de week-end discontinu (ouverture de l'accueil en hébergement certains week-end de l'année)									
Internat/Hébergement de semaine (du lundi au vendredi)	■								■

³ PUI : Pharmacie à usage intérieur

Internat/Hébergement scolaire (si agrément spécifique, différent de l'internat de semaine)									
Semi-internat/Accueil de jour									
Unité d'enseignement maternelle autisme (UEMA)									
Unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA)									
Accompagnement en milieu ordinaire/à domicile (SESSAD ou autre)									
Accueil temporaire									
Autre modalité : (à préciser)									
Total	■								

L'établissement ne fonctionne pas dans le cadre d'un dispositif intégré.

L'IME gère également un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) de 12 places, le SESSAD Pro Le Cèdre Insertion.

Au jour de l'inspection sur site, l'IME accueille 22 usagers, de 7 à 19 ans répartis comme suit :

	3 à 6 ans	6 à 11 ans	De 12 à 13 ans	De 14 à 20 ans	De 21 ans et plus
IME	■	■	■	■	■

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

Étage/Unité	Type d'unité	Nombre d'usagers accueillis
1 ^{er} étage	■	■
2 ^e étage	■	■

En plus des 21 jeunes hébergés, 1 jeune de 17 ans est accueilli en externat.

Les effectifs des professionnels employés au sein de cet établissement sont répartis comme suit :

	Postes	Nombre ETP	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD
Direction Encadrement	Direction (Directeur, Directeur adjoint)				
	Encadrement (chef de service)				
	Administration (Personnel administratif et de bureau)				
Services généraux	Agent de service général (postes mutualisés avec le SESSAD)				
	Ouvrier professionnel				
	Surveillant de nuit				
	Autre personnel				
Educatif, pédagogique et social	Aide médico-psychologique (AMP)/ Accompagnant éducatif et social (AES)				
	Auxiliaires accompagnant éducatif et social				
	Animateur social				

	Postes	Nombre ETP	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD
	Assistant de service social, Assistant familial ou maternel, Conseiller économique, social et familial				
	Coordonnateur de parcours				
	Educateur jeunes enfants (EJE)				
	Educateur spécialisé, Educateur sportif/enseignant en activité physique adaptée (APA), Educateur technique, Educateur technique spécialisé				
	Moniteur éducateur				
	Musicothérapeute/Art-thérapeute				
	Autre personnel éducatif, pédagogique et social				
Médical	Médecin généraliste				
	Médecin en rééducation fonctionnelle				
	Pédiatre (poste mutualisé ?)				
	Psychiatrie, pédopsychiatre				
	Autre spécialité				
Paramédical	Infirmier diplômé d'Etat (IDE)				
	Aide-soignant (AS)				
	Psychologue/Neuropsychologue				
	Psychomotricien, Rééducateur en motricité				
	Autre (Orthophoniste, Ergothérapeute, Orthoptiste, Kinésithérapeute, ...)				
	TOTAL				

Le CPOM a été signé le 1^{er} janvier 2024. Ses principaux objectifs sont :

- Développer le réseau partenarial
- Intégrer le déploiement de la RAPT
- Optimiser l'activité (90% pour les IME)
- Optimiser les fonctions mutualisées au siège du siège social
- Fidéliser le personnel et développer une politique de QVT
- Mettre en place la réforme des autorisations
- Mutualiser et structurer : et notamment l'engagement 7.7 « mener à bien le projet de restructuration de l'IME Le Cèdre »
- Participer au déploiement des axes du Ségur numérique en ESMS
- Respecter le droit des usagers
- Accompagner les usagers
- Faciliter et fluidifier l'accès aux soins
- Renforcer la sécurité des usagers et la gestion des risques individuels et collectifs
- S'adapter au public TSA
- S'adapter au public avec troubles psychiques
- S'adapter au public PHV/THV
- Favoriser l'insertion en milieu ordinaire, scolaire et professionnel

Constats

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

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. Le régime juridique de la structure		
	Le statut juridique de la structure est-il conforme ?	Partiellement	L'autorisation de la structure est bien conforme aux dispositions de l'article L.312-1 (2°) du CASF. En revanche, dans sa communication, ses affichages et une grande partie des documents, l'établissement continue de se faire appeler IMP (Institut Médico-Pédagogique) Le Cèdre. Écart 1 : En communiquant sous le nom d'IMP Le Cèdre, l'établissement contrevient à son arrêté d'autorisation n°2019-64 du 11 mars 2019 et aux dispositions du décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), et plus particulièrement à l'article D. 312-0-1 du CASF issu de ce décret.
	Des changements importants ont-ils eu lieu sans déclaration préalable à l'autorité compétente ayant délivré l'autorisation ?	Non	
	Par qui et comment est géré le service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour l'accompagnement des usagers à domicile ?		Conformément au dernier alinéa du I de l'article L.312-1 du CASF, les places du SESSAD Pro Le Cèdre Insertion sont, depuis l'arrêté n°2019-64 du 11 mars 2019, une modalité d'accueil de l'IME Le Cèdre.
	1.1.2. Le taux d'occupation		
	Le taux d'occupation est-il supérieur à 90% ?	Non	Taux d'occupation année N-1 : ██████████ Taux d'occupation jour inspection : ████████ jeunes sont accueillis, dont ████████ en hébergement séquentiel

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	Le taux d'occupation respecte-t-il l'autorisation de l'établissement ?	Non	<p>Le CPOM fixe une cible de [REDACTED] de taux d'occupation pour les établissements.</p> <p>Écart 2 : En accueillant [REDACTED] personnes le jour de l'inspection, dont [REDACTED] en hébergement séquentiel et un en externat, l'établissement ne respecte pas la capacité définie par l'arrêté d'autorisation n°2014-8 en date du 24 janvier 2014, ni les stipulations du CPOM fixant une cible de taux d'occupation à [REDACTED] pour les établissements.</p>
	1.1.3. <u>La population accueillie</u>		
	La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ?	Non	<p>L'IME est autorisé à accueillir des personnes présentant des déficiences intellectuelles. Depuis 1996, l'IME est autorisé à accueillir des personnes des deux sexes.</p> <p>L'arrêté d'autorisation n°2019-64 du 11 mars 2019 actualise l'autorisation de l'IME Le Cèdre au regard de la réforme des autorisations formalisée par le décret du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) : l'IME est autorisé à accueillir des personnes âgées de 0 à 20 ans et aucune spécialisation n'exclut la prise en charge de personnes présentant des troubles associés à ceux de l'autorisation.</p> <p>Au moment de l'inspection, l'IME est donc autorisé à accueillir, en internat de semaine (210j ouverture/an), des enfants et adolescents, filles et garçons, de 0 à 20 ans, présentant une déficience intellectuelle.</p> <p>Au jour de l'inspection sur site, l'IME accueillait uniquement des garçons. Le projet d'établissement précise que l'IME n'accueille que des garçons car l'établissement a été repris dans cette configuration et que par ailleurs, au vu du nombre insuffisant de filles en IME, la mixité n'apparaît pas comme un projet viable financièrement. La Direction a indiqué à la mission d'inspection que des réflexions sont en cours pour accueillir un public mixte conformément à leur autorisation.</p> <p>La mission d'inspection a constaté que le jour de l'inspection, étaient pris en charge des enfants entre 7 et 19 ans. La Direction a confirmé que l'IME accompagne des enfants entre 6 et 20 ans.</p> <p>Jusqu'à récemment, l'IME refusait les enfants après l'âge de 14 ans, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. La Direction indique en revanche que l'IME n'a ni les locaux ni les compétences pour accueillir des enfants [REDACTED] et qu'il ne serait pas en mesure de garantir leur sécurité,</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>La structure accueille-t-elle temporairement des usagers requérant un accompagnement hors du contexte familial, soit dans le cadre du projet individualisé d'accompagnement, soit en cas d'urgence ? (séjours de répit)</p>	Non	<p>dans un environnement avec des enfants jusqu'à 20 ans. Le projet d'établissement précise également que le fonctionnement de l'IME ne permet pas d'accueillir d'enfants [REDACTED]</p> <p>Le livret d'accueil quant à lui précise bien que l'IME accueille des enfants et adolescents de 0 à 20 ans.</p> <p>Une partie des enfants accueillis présente un TSA ou un syndrome de Prader-Willi. La Direction indique qu'un tiers environ des enfants présente un TSA. Cette évolution de la population accueillie s'explique par l'évolution des profils orientés vers l'IME par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des Hauts-de-Seine. L'évolution du public de l'IME répond donc bien aux besoins de prise en charge des usagers au sein d'une structure médico-sociale.</p> <p>Écart 3 : L'IME prend en charge des enfants de façon plus restrictive que son agrément sur les critères du sexe et de l'âge, contrevenant à son arrêté d'autorisation n°2019-64 du 11 mars 2019 et aux dispositions du décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).</p> <p>Un projet est en cours de réflexion pour accueillir des jeunes de l'association gestionnaire pendant une semaine l'été dans le cadre du répit.</p>
	<p>1.1.4. La transformation de l'offre</p>		
	<p>L'établissement a-t-il entamé une démarche de transformation de l'offre (passage en dispositif) ?</p>	Partiellement	<p>L'association gestionnaire souhaite restructurer son offre pour construire un parcours pour les usagers entre ses différents établissements et se fait accompagner pour se faire par un cabinet. L'évolution de l'offre, et notamment la diversification des modalités d'accueil de l'IME, a été abordée lors d'une journée pédagogique de l'IME du 9 mai 2025.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED] L'IME a déjà commencé à se rapprocher des autres ESMS du pôle pour mutualiser des réflexions et des moyens communs pour à terme proposer aux enfants et familles un ensemble de services diversifiés au sein d'une même plateforme.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Toutefois, la démarche de transformation de l'offre n'est pas formalisée dans l'actuel projet d'établissement.</p> <p>Le rapport d'audit mené en mai 2021 par le [REDACTED] constate par ailleurs que les différentes transformations stratégiques opérées depuis la fusion dans l'UNAPEI 92 peuvent être vécues comme imposées du haut, avec un sentiment de perte de sens de l'action. Le [REDACTED] préconise de consolider la situation de l'IME avant la mise en œuvre d'un dispositif.</p> <p>La mission d'inspection a de son côté constaté une faible appropriation des enjeux de la transformation de l'offre par les professionnels de l'IME. Des inquiétudes ont été remontées par les professionnels sur de possibles mutualisations de postes sous couvert de passage en plateforme. Les suppressions de poste [REDACTED] n'ont pas toujours été comprises par les professionnels.</p> <p>Lors du CSE de l'association gestionnaire du 22 juin 2023, la dynamique de plateforme pour le pôle Jeunesse, formalisée par un nouvel organigramme, a été introduite par [REDACTED]. Les membres du CSE ont pu regretter une consultation théorique sans associer les professionnels des établissements concernés à la discussion de réorganisation de l'offre.</p> <div data-bbox="1189 783 2141 916" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 1 : L'accompagnement au changement des professionnels de l'IME est lacunaire. Ils ne sont pas associés à la dynamique de transformation de l'offre de service de l'IME, ce qui provoque des inquiétudes de leur part sur la réorganisation opérationnelle de l'établissement.</p> </div>
	Quelles sont les premières actions mises en œuvre ?		Aucune action n'a encore été mise en œuvre, l'évolution de l'offre de l'IME est au stade de réflexion.
	Quels sont les professionnels participant à cette démarche sur la transformation de l'offre ?		La démarche de transformation est pour le moment incarnée uniquement au niveau du siège de l'association gestionnaire et de [REDACTED]
	Un COFIL est-il constitué ?	Non	La mission d'inspection n'a pas eu connaissance de la mise en place d'un COFIL.
	L'établissement fonctionne-t-il en dispositif d'accompagnement médicoéducatif (DAME) ?	Non	
	Existe-il un référent de parcours au sein de l'établissement ou des référents de prestations (base SERAFIN) ?	Oui	[REDACTED] est en mission à l'IME de janvier 2025 à juillet 2025.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quelles différences existent entre ces professionnels et les éventuels référents de projet (PAP, PPA, PIA) ?		██████████ est une professionnelle neutre qui intervient dans différents établissements de l'association gestionnaire. Elle n'a pas en charge la référence éducative de PIA.

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le projet d'établissement (PE)</u>		
	Le projet d'établissement existe-t-il ?	Oui	
	Le projet d'établissement est-il est cours de validité ?	Non	Le projet d'établissement transmis à la mission d'inspection date du 10 avril 2018 ; il n'est donc plus valide depuis le 10 avril 2023. Écart 4 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
	Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ?	Oui	La délégation départementale des Hauts-de-Seine a été destinataire du projet d'établissement de 2018.
	Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ?	Partiellement	La Direction indique que la réécriture du projet d'établissement est en cours, avec des groupes de travail déjà en cours et un comité de pilotage. A la lecture des différents documents réceptionnés et notamment des divers comptes-rendus de réunion, la mission d'inspection n'a pas pu vérifier de la mise en place effective de groupes de travail ou d'un comité de pilotage. La mission d'inspection n'a pas connaissance d'une évaluation prévue du projet d'établissement de 2018. Écart 5 : Malgré la caducité du projet d'établissement depuis plus de deux ans, ██████████ n'a pas mené les actions nécessaires ni à son évaluation, ni à sa réécriture, contrevenant aux dispositions de l'article L. 315-17 du CASF.
Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ?	Non	Le projet d'établissement n'est pas affiché dans l'IME et n'est pas systématiquement remis aux professionnels à leur prise de poste. Aucune attestation de remise du projet d'établissement n'a été trouvée par la mission d'inspection lors de l'analyse des dossiers RH des professionnels.	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Les modalités de l'évaluation de leurs résultats ? <u>On parle de l'auto-évaluation ?</u>	Oui	Le projet d'établissement détaille les modalités de l'évaluation interne.
	<p>Le projet d'établissement contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement dans les champ éducatif et thérapeutique ? - La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ? - Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ; - Les modalités relatives aux relations de l'utilisateur avec son entourage ? - Les critères d'évaluation et de qualité ; - Les mesures prises en application des dispositions du CPOM ; - Une transformation ou un fonctionnement en dispositif (DAME) ; - Un projet pédagogique de l'unité d'enseignement ; 	<p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Le projet d'établissement mentionne le contenu de l'article L. 311-8 du CASF sur la nécessité de prévoir dans le projet d'établissement les modalités de coordination et de coopération de l'établissement, mais ne détaille pas la concrétisation de ces modalités. Est indiqué toutefois une volonté de travailler sur la coopération entre les différents professionnels de l'établissement pour articuler les projets éducatif, thérapeutique et pédagogique. La coordination et la coopération de l'établissement avec d'autres personnes physiques ou morales n'est pas abordée.</p> <p>Le projet d'établissement mentionne la prévention des risques de maltraitance, sans détailler le plan d'action pour lutter effectivement contre la maltraitance. Ne sont pas précisés les moyens de repérage des risques de maltraitance, les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance, ni les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Écart 8 : En ne détaillant pas suffisamment les modalités de coordination et de coopération de l'établissement dans les champ éducatif et thérapeutique et en disposant pas dans son projet d'établissement d'un volet détaillé prévention et lutte contre la maltraitance, l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38-3 du CASF.</p> </div> <p>Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement sont mentionnées mais insuffisamment détaillées.</p> <p>Le projet détaille les modalités de collaboration et de travail avec les familles.</p> <p>Le projet d'établissement détaille les modalités de l'évaluation interne.</p> <p>Le CPOM n'étant pas encore en vigueur au moment de la rédaction du projet d'établissement, ce dernier n'y fait pas référence.</p> <p>L'IME ne fonctionne pas en [REDACTED]. La démarche de transformation de l'offre engagée par l'association gestionnaire n'est pas formalisée dans l'actuel projet d'établissement.</p> <p>Le projet d'établissement intègre bien un projet pédagogique.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- Un emploi du temps équilibré et adaptable ;</p> <p>Le projet d'établissement se base-t-il sur un projet associatif ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Écart 9 : En ne prévoyant pas un emploi du temps équilibré des enfants ou des adolescents, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 312-38 du CASF.</p> <p>Le projet d'établissement ne mentionne pas le projet associatif de l'UNAPEI 92. Par ailleurs, le projet d'établissement fait encore référence à l'ancien organisme gestionnaire, l'ADAPEI Sud 92.</p>
<p>1.2. Management et Stratégie</p>	<p>1.2.3. Le règlement de fonctionnement (RF)</p> <p>Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?</p> <p>Date-t-il de moins de 5 ans ?</p> <p>Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?</p> <p>Est-il remis aux usagers et professionnels ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p>	<p>Le règlement de fonctionnement a été rédigé sur la base d'une trame mise à disposition par l'association gestionnaire. Il gagnerait à être davantage personnalisé (mention de « l'établissement ou le service », pas de mention de l'internat, mention du « majeur protégé »).</p> <p>Remarque 3 : La trame de règlement de fonctionnement de l'association gestionnaire n'a pas été suffisamment retravaillée pour s'adapter à la situation de l'IME Le Cèdre.</p> <p>Le règlement de fonctionnement est établi pour la période de 2024 à 2028.</p> <p>Le règlement de fonctionnement aurait dû être présenté à la réunion plénière du CVS du 13 janvier 2025. Cependant, cette réunion ne s'est jamais tenue.</p> <p>Écart 10 : En ayant adopté le règlement de fonctionnement sans consultation du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.</p> <p>Aucune attestation de remise du règlement de fonctionnement n'a été trouvée par la mission d'inspection lors de l'analyse des dossiers papier et informatique des usagers, ni des dossiers RH des professionnels.</p> <p>Toutefois, les familles entendues par la mission d'inspection ont indiqué que l'ensemble des documents, dont le règlement de fonctionnement, leur ont été transmis. Par ailleurs, la signature du contrat de séjour équivaut à une attestation de remise du règlement de fonctionnement puisque le contrat comporte une clause de réserve dans laquelle la personne accompagnée reconnaît avoir reçu le livret d'accueil et ses annexes (règlement de fonctionnement et charte et libertés de la personne accueillie).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Est-il affiché dans l'établissement ?	Non	<p>Écart 11 : En ne remettant pas le règlement de fonctionnement à chaque personnel, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-4 al 3 et R. 311-34 du CASF.</p> <p>Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'IME.</p>
	Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF :		<p>Écart 12 : En ne respectant pas l'affichage du règlement de fonctionnement au sein de l'établissement, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article R. 311-34 du CASF.</p>
	- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ;	Oui	
	- L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;	Partiellement	Ne sont pas mentionnées les chambres des résidents.
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	
	- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	Oui	
	- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées.	Oui	
	- Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports,	Oui	
	- Les dispositions relatives aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur	Non	<p>Écart 13 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-36 du CASF.</p>
	- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;	Oui	
	- Les conséquences de violence sur autrui ;	Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Les prescriptions d'hygiène de vie ; - Les mesures concernant les mineurs protégés ; - Les dispositions sur les vacances et visites et retours en famille ; - Les modalités d'exclusion. 	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Écart 14 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les mesures concernant les mineurs protégés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-37 du CASF.</p> <p>Le règlement de fonctionnement ne détaille pas les dispositions sur les vacances, visites et retours en familles, et se contente de renvoyer au livret d'accueil et au contrat de séjour.</p> <p>Écart 15 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les dispositions sur les vacances et visites et retours en famille, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-38 du CASF.</p> <p>Le règlement de fonctionnement prévoit de pouvoir procéder à des exclusions temporaires.</p>
<p>1.2. Management et Stratégie</p>	<p>1.2.4. L'organigramme</p> <p>L'organigramme est-il à jour ?</p> <p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p> <p>L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>L'organigramme est daté de juin 2023. Il n'est pas à jour des nouvelles arrivées, notamment de celle [REDACTED] n'est pas mentionnée. L'intitulé du poste de [REDACTED] n'est pas mis à jour. Certains postes vacants au jour de l'inspection sur site [REDACTED] ne sont pas indiqués comme tels.</p> <p>Écart 16 : En l'absence de mise à jour de l'organigramme, l'établissement ne permet pas d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de la circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.</p> <p>Les liens hiérarchiques et fonctionnels affichés sur l'organigramme ne retranscrivent pas la [REDACTED]</p> <p>Remarque 4 : En ne retranscrivant pas la réalité des liens hiérarchiques et/ou fonctionnels sur l'organigramme, l'établissement peut créer de la confusion dans le fonctionnement et le management des équipes et dans la compréhension des chaînes hiérarchiques.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur</p> <p>Le gestionnaire concourt-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À l'élaboration et à l'actualisation du projet d'établissement - Aux modalités d'intervention coordonnée ; - Au choix et au financement des systèmes d'information 	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le siège de l'association gestionnaire met à disposition des établissements qu'elle gère une trame de projet d'établissement. Selon le document unique de délégation de l'association, [REDACTED] de l'association gestionnaire est responsable de la rédaction du projet d'établissement. Cette rédaction est subdéléguée [REDACTED] qui est chargée d'élaborer et de faire valider le projet d'établissement. Le projet d'établissement est validé par [REDACTED].</p> <p>[REDACTED] de l'association gestionnaire est responsable de la mise en œuvre et du suivi du projet d'établissement. La supervision de ce suivi et cette mise en œuvre est subdéléguée [REDACTED].</p> <p>L'association gestionnaire s'est réorganisée en pôle, avec [REDACTED]. L'IME le Cèdre fait partie [REDACTED]. [REDACTED] va être mis en place au niveau du siège de l'association gestionnaire, qui aura la charge du parcours de tous les usagers de l'association.</p> <p>Tout ce qui concerne les systèmes d'information des ESMS est centralisé au siège de l'association gestionnaire.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Le directeur bénéficie-t-il de l'appui de services supports (DAF, DRH, Qualité, ...) émanant du siège ? 	<p>Oui</p>	<p>Les services support émanant du siège sont [REDACTED].</p>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.6. Directeur : Qualification, contrat et fiche de poste</p> <p>Quelle est la date de prise de fonction du directeur ?</p> <p>Quel pourcentage d'ETP le directeur consacre-t-il à la structure ?</p>		<p>[REDACTED] a pris ses fonctions le 2 juin 2025.</p> <p>[REDACTED] a pris ses fonctions le 1^{er} janvier 2024. [REDACTED] exerçait auparavant dans l'association comme [REDACTED] ensuite comme [REDACTED] puis comme [REDACTED].</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ? Si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les différents tableaux des effectifs fournis à la mission d'inspection indiquent la présence de la [REDACTED] à hauteur de [REDACTED] ETP à l'IME Le Cèdre, ce qui ne correspond pas au réel puisque [REDACTED] a également [REDACTED]. L'étude de l'ERRD (état réalisé des recettes et des dépenses) de l'IME pour 2024 identifie [REDACTED] pour [REDACTED].</p> <p>Les différents tableaux des effectifs fournis à la mission n'indiquent pas le temps de présence du [REDACTED] à l'IME Le Cèdre. Sa fiche de poste ne permet pas non plus d'identifier le pourcentage d'ETP exercé à l'IME. Aucun ETP de [REDACTED] n'est mentionné dans l'ERRD 2024 pour l'IME.</p> <p>Remarque 5 : Les différents documents comptables, administratifs et financiers ne permettent pas de quantifier le pourcentage réel d'ETP consacré par [REDACTED] à l'IME.</p> <p>[REDACTED] exerce à l'IME Le Cèdre (auquel est rattaché le [REDACTED]).</p> <p>[REDACTED] exerce à l'IME Le Cèdre (auquel est rattaché [REDACTED]).</p> <p>Il existe une fiche de poste pour [REDACTED]. Toutefois, il s'agit d'une fiche de poste type de l'association qui ne détaille pas la spécificité des missions [REDACTED] et qui ne précise pas les établissements et services [REDACTED].</p> <p>La fiche de poste de [REDACTED] n'a pas été transmise à la mission.</p> <p>Le partage des missions entre [REDACTED] est clairement établi entre eux deux. [REDACTED] travaille sur la coordination et la stratégie tandis que [REDACTED] travaille sur l'opérationnel dans le quotidien. Les recrutements relèvent [REDACTED] pour les CDI et de [REDACTED] pour les CDD. Les licenciements relèvent [REDACTED].</p> <p>Toutefois, aucun document ne formalise ce partage de mission.</p> <p>Remarque 6 : La fiche de poste type du [REDACTED] n'est pas personnalisée et ne rend pas compte des missions spécifiques confiées [REDACTED]. Notamment, elle ne fait aucune mention du partage des missions entre le [REDACTED] ce qui rend la répartition des missions entre eux deux difficilement lisible.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les qualifications du directeur de la structure sont-elles réglementaires ?	Oui	<p>██████████ est titulaire du diplôme du ██████████</p> <p>██████████ est titulaire du diplôme ██████████</p> <p>██████████</p>
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.7. <u>Le remplacement de la direction</u></p> <p>Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?</p>	Non	Aucune organisation n'est prévue en cas d'absence du directeur.
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.8. <u>Les délégations au directeur d'ESSMS et directeur titulaire de la fonction publique territoriale ou d'Etat</u></p> <p>Les délégations de signature ont-elles été formalisées ?</p>	Oui	<p>Un document unique de délégation de l'association a été formalisé en juin 2023. Il précise les délégations données jusqu'au directeur multisite (ancien poste restructuré depuis, scindé entre le poste ██████████).</p> <p>Les subdélégations à ██████████ sont précisées dans un document ██████████ non daté. ██████████ ont été établies par ██████████</p> <p>██████████ dispose d'un document de délégation de pouvoir daté du 1^{er} avril 2022 et signé par ██████████. Ce document prenant sa source dans ██████████ en date du 26 juillet 2018, sa validité est à vérifier par la structure, l'organisation de l'association ayant été modifiée entre temps avec le recrutement ██████████</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #ffe6e6; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 17 : En ne disposant pas d'un DUD à jour de la nouvelle structuration de l'association gestionnaire, mentionnant ██████████ l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6e6ff; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 7 : Les délégations et subdélégations de pouvoir entre ██████████ ne sont inscrites pas sur le même document et n'ont pas le même format (allant du simple tableau Excel au document daté et signé par les deux parties), pouvant créer de la confusion dans la compréhension du process général de délégation.</p> </div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le document unique de délégation (DUD) précise-t-il la nature et l'étendue de la délégation, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service - La gestion et l'animation des ressources humaines ; - La gestion budgétaire, financière et comptable ; <p>- -La coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les délégations de signature sont formalisées en fonction du montant de la somme. [redacted] peut engager des dépenses de fonctionnement dans la limite de [redacted] et [redacted] dans la limite de [redacted] peut valider des facteurs d'un montant inférieur à [redacted]</p> <p>Remarque 8 : Les faibles marges de manœuvre laissées [redacted] et à [redacted] dans le document de subdélégation de pouvoir, et notamment concernant les montants d'engagement des dépenses, entravent leur pouvoir de décision et d'action dans la gestion du quotidien de l'établissement.</p>
<p>1.2. Management et Stratégie</p>	<p>1.2.9. <u>Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COPIL)</u></p> <p>Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COPIL (réunions des cadres de la structure, et des cadres de direction au niveau associatif) (fréquence, participants, responsable rédaction et diffusion CR) ?</p>		<p>Des CODIR se tiennent [redacted] animés par [redacted] y participe.</p> <p>Un COPIL du pôle Jeunesse UNAPEI 92 se tient [redacted] animé par [redacted] générale, avec les [redacted] y participent.</p> <p>Un CODIR de territoire se tient, animé par [redacted] y participent.</p> <p>[redacted] souhaite également mettre en place des CODIR de pôle. Un COPIL de pôle s'est tenu en mai 2024.</p>
<p>1.2. Management et Stratégie</p>	<p>1.2.10. <u>Les astreintes</u></p> <p>Une astreinte de direction est-elle mise en place ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Les astreintes courent de [redacted] est d'astreinte [redacted] d'astreinte [redacted] Les coordonnées des professionnels [redacted]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			L'intégration [REDACTED] dans les cadres d'astreinte est en cours de réflexion. Il n'y a pas d'astreinte médicale. En cas d'urgence, le cadre d'astreinte contacte les services hospitaliers.
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.11. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</p> <p>Des professionnels encadrent-ils l'équipe soignante ?</p> <p>- Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ?</p>	Oui	[REDACTED] est encadrée par [REDACTED]. La fiche de poste de [REDACTED] ne précise pas si elle est encadrée par [REDACTED]. [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.12. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</p> <p>Des professionnels encadrent-ils l'équipe éducative ?</p> <p>- Quelles sont leurs qualifications et/ou formations ?</p>	Oui	L'équipe éducative est encadrée par [REDACTED]. [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	<p>1.2.13. Les conflits entre direction et salariés</p> <p>Comment qualifieriez-vous le climat social au sein de l'établissement ? (Signalements, pétitions, absentéisme et/ou rotation élevé des personnels, affaires prud'homales, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats, suivi troubles musculosquelettiques (TMS) et risques psychosociaux (RPS), ...)</p>		<p>Les dysfonctionnements de l'IME dénoncés par les salariés ont amené à plusieurs interventions d'acteurs extérieurs sur les dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À la suite de la déclaration par le comité social et économique (CSE) en 2021 d'un danger grave imminent, l'inspection du travail est intervenue au sein de l'IME. Le contrôle a relevé une instabilité de l'équipe de direction, une absence de suivi des formations, un manque d'adaptation organisationnelle pour accueillir un public qui évolue et une absence de réflexion dans la prévention des violences des enfants. Un cabinet extérieur a en parallèle été mandaté par le CSE pour formaliser un plan d'action. Ce cabinet a mis en évidence dans son rapport d'expertise des facteurs de risques dégradant les situations de travail des salariés. - L'association gestionnaire a commandité un audit au [REDACTED] en 2019 suite à une dénonciation de faits de maltraitance dans l'IME. L'audit, qui s'est déroulé en 2021, bien qu'il indique que l'équipe est engagée, a relevé la souffrance des professionnels et a constaté que [REDACTED] semblait trop lointaine et que les transformations de l'offre de service de l'IME pouvaient être vécues comme imposées du haut. L'audit conclut à des risques pour les professionnels.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>La mission d'inspection a pu constater que de nombreuses préconisations émises par le cabinet d'expertise ou par le [REDACTED] en 2021 n'ont toujours pas été mises en œuvre au jour de l'inspection.</p> <p>Certains professionnels entendus par la mission d'inspection qualifient le climat social de l'établissement comme assez bon, avec une bonne communication entre les équipes. Dans l'ensemble, les professionnels interrogés indiquent que [REDACTED] de l'IME est accessible et à l'écoute. Un manque de communication et de soutien [REDACTED] est toutefois soulevé.</p> <p>Certains professionnels entendus par la mission d'inspection ont fait part de difficultés dans la gestion des ressources humaines de l'IME, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des changements de fiche de poste sans associer les salariés concernés, - un turn-over important et continu de l'équipe, en particulier éducative – avec des salariés qui restent en moyenne moins longtemps qu'auparavant, - une déqualification du personnel embauché en vacation ou en CDD – des professionnels qui manquent de formation et de connaissance sur le public accueilli et qui sont jugés moins investis, - de nombreux arrêts maladie et des absences imprévues, - la gestion des équipes par [REDACTED], - des tensions entre [REDACTED] <p>Les difficultés remontées par les professionnels entendus sont structurelles depuis de nombreuses années. Un certain nombre d'évènements marquants dans l'année 2025, en particulier [REDACTED] a d'autant plus fragilisé l'équipe.</p> <p>Les membres de [REDACTED] entendus par la mission d'inspection relèvent des inquiétudes liées à la transformation de l'offre, aux orientations stratégiques [REDACTED] et au changement fréquent [REDACTED], qui induisent des restructurations fréquentes impactant le fonctionnement d'IME.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 18 : Les risques psychosociaux identifiés au sein de la structure, le mal-être au travail exprimé par certain nombre de professionnels et les signes de fatigue professionnelle de l'équipe ne permettent pas d'assurer un accompagnement de qualité des enfants et adolescents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.</p> </div>
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les affichages</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :		
	- Règlement de fonctionnement	Non	Écart 19 : En n'affichant pas le règlement de fonctionnement au sein de l'établissement, la structure contrevient aux dispositions de l'article R. 311-34 du CASF.
	- Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui	
	- Arrêté d'autorisation	Oui	
	- Horaires d'ouverture de la structure	Partiellement	Les horaires d'ouverture de la structure ne sont pas affichés en tant que tels mais les horaires des professionnels de l'IME sont affichés.
	- Arrêté de dotation globale	Non	Écart 20 : En n'affichant pas l'arrêté de dotation global, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-4 du CASF.
	Y a-t-il un affichage des coordonnées du service d'accueil téléphonique d'écoute et d'accompagnement, telles que :		
	- 119 (tout enfant ou adolescent victime de violences ou à toute personne préoccupée par une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être)	Oui	

1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. <u>Le Conseil de vie sociale (CVS)</u>		
	Un CVS est-il en place ?	Non	<p>La mission d'inspection a été destinataire d'un document qui fait état d'une absence de CVS depuis plus d'1 an pour cause de non-disponibilité des représentants des familles et non réponses des représentants des familles.</p> <p>Le document indique les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2024 : plusieurs tentatives de mise en place de réunion de CVS mais non disponibilité des représentants des familles, - Janvier 2025 : tentatives de remettre en place une réunion de CVS mais non réponse des représentants des familles,

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>- Mars 2025 : mise en place de nouvelles élections des représentants des familles, représentants des enfants, représentants du personnel.</p> <p>Écart 21 : En n'instituant pas de CVS pendant plus d'un an au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 du CASF.</p>
	Le CVS dispose-t-il un règlement intérieur ?	Oui	La mission d'inspection a reçu un règlement intérieur sous format PowerPoint en date du 09 décembre 2014.
	Le CVS se réunit-il au moins trois fois par an ?	Non	<p>Au vu des informations transmises [REDACTED] et des entretiens menés avec les membres du CVS récemment élus et les professionnels, il ressort qu'aucune réunion ne s'est tenue depuis plus d'1 an. La 1^{ère} réunion aura lieu le 3 juillet 2025.</p> <p>Écart 22 : En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.</p>
	L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ?	Non	Les membres du CVS ayant été récemment élus (mars 2025) et n'ayant pas encore participé à une réunion du CVS (1 ^{ère} réunion le 3 juillet 2025), le respect de cette obligation réglementaire n'a pas pu être vérifié.
	Les relevés de conclusions des séances du CVS sont-ils établis par la secrétaire du CVS, datés et signés par le président du CVS ?	Non	<p>La mission d'inspection a reçu un seul compte rendu de séance du CVS, celui du 16 octobre 2023. Le document n'est pas signé par le président du CVS.</p> <p>Écart 23 : En ne disposant pas d'un relevé de conclusions de chaque séance, signé par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.</p>
	Les procès-verbaux ou des comptes-rendus des réunions du CVS sont-ils consultables sur place ?	Non	Écart 24 : En ne permettant pas la consultation, sur place, des relevés de décisions, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-32-1 du CASF.
	La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :		Les élections ont eu lieu en mars 2025. La mission d'inspection a reçu la liste nominative des membres ([REDACTED]).
	- Deux représentants des personnes accompagnées ;	Oui	[REDACTED] représentants des résidents

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Un représentant des professionnels employés par l'établissement ; - Un représentant de l'organisme gestionnaire. <p>Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ; <p>L'ensemble des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux sont en nombre supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.</p> <p>La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?</p> <p>A savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner un avis et faire des propositions sur le fonctionnement de la structure ? (droit et liberté, organisation intérieure, vie quotidienne, activités, prestations, projet de travaux et d'équipement, prix des services, entretien des locaux, animation, conditions de prises en charge) 	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>■ représentant des professionnels ■</p> <p>Absence de représentant du gestionnaire</p> <p>■ représentants des familles</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Écart 25 : En ne comprenant pas un représentant de l'organisme gestionnaire dans la composition du conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.</p> </div> <p>Absence de CVS depuis plus d'1 an et absence d'affichage à l'entrée de l'établissement de la liste des membres du nouveau CVS. Il ressort également des entretiens menés avec les professionnels de l'établissement et les membres du CVS récemment élus une méconnaissance du rôle et des missions du CVS.</p> <p>La mission d'inspection a été destinataire d'un seul compte rendu daté du 16 octobre 2023, soit avant la période d'interruption de plus d'1 an. Ce compte rendu indique les thématiques abordées lors de la réunion du CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Question des enfants - Question des familles - Question des professionnels - Vie de l'établissement (enfants, professionnels, activités et actualités) <p>Dans le compte rendu transmis, l'objet de la réunion est pour ■ de répondre aux questions des membres du CVS et de faire un point d'actualité sur la vie de l'établissement et non pas pour le CVS d'émettre un avis ou de faire des propositions.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Associer à la révision du PE, notamment en matière de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ?	Partiellement	██████████ a indiqué que le projet d'établissement en cours de mise à jour sera soumis au CVS.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.1. Le responsable qualité</p> <p>Un responsable « qualité » a-t-il été désigné (proposition de rajouter : désigné au sein de l'établissement ou au niveau associatif) ?</p> <p>Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Il est porté à la connaissance de la mission l'existence ██████████ désigné au niveau ██████████. Ce dernier semble néanmoins mal identifié par les professionnels interrogés par la mission.</p> <p>Face à ce constat, il semblerait qu'une action soit à mener pour permettre à l'ensemble des professionnels de l'IME Le Cèdre d'identifier le ██████████ et son rôle.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.2. Les professionnels référents</p> <p>Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ?</p> <p>Si oui, sur quels thèmes ?</p>	Oui	Il y a au moins ██████████ au sein de l'IME Le Cèdre qui est identifié comme ██████ personne ressource sur la communication alternative améliorée (CAA) et qui est notamment chargé de former ses collègues.
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</p> <p>Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p>	Non	Il a été partagé à la mission l'absence de plan d'amélioration continue de la qualité.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les actions du plan qualité sont-elles mentionnées dans le rapport annuel d'activité ?</p> <p>Les actions du PACQ font-t-elles l'objet d'un tableau de suivi mentionnant le niveau de réalisation et celui-ci est-il mis à jour régulièrement (suivi continu) ?</p> <p>Y a-t-il un pilote et un COFIL pour le PACQ ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Remarque 9 : L'absence de plan d'amélioration continue de la qualité ne permet pas de répondre aux attendus en termes de suivi des enjeux qualité au sein de l'établissement.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p>1.4.4. L'auto-évaluation</p> <p>Le gestionnaire concourt-il à la mise en place de procédures de contrôle interne et à l'exécution de ces contrôles ? (audit organisationnel, évaluation des procédures soins,)</p> <p>Quand et sur quel support a été faite la dernière auto-évaluation de la structure ? (SYNAE, Guide d'autoévaluation de l'HAS, ...)</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Un audit a été confié au [REDACTED] et mené en 2021. Il portait sur plusieurs thématiques telles que la personnalisation et les spécificités de l'accompagnement (admission et accueil, évaluation de besoins, de compétences et des ressources, élaboration du projet personnalisé), les aménagements des espaces et du temps, les prestations proposées, les troubles du comportement, le soutien aux professionnels, l'équipe de direction.</p> <p>Cet audit mettait en évidence le manque de structuration générale, que ce soit relativement au travail des professionnels, aux espaces, au temps, aux réponses aux besoins qui n'était pas personnalisé, au cadre clinique et à la coopération avec la famille. Il mettait en exergue toutefois l'engagement des équipes, les opportunités offertes par les espaces et le suivi de santé effectif.</p> <p>Une partie des actions proposées par le [REDACTED] a été effectivement mise en œuvre. C'est par exemple le cas du planning qui désormais fixe la systématisme de la visite de l'établissement par la famille ou encore des propositions de formations aux salariés sur le trouble du spectre de l'autisme.</p> <p>Cependant, la mission n'a pas pu constater la mise en place d'un plan d'actions global permettant le suivi des actions conduites ou à conduire dans ce cadre.</p> <p>[REDACTED] a informé la mission de la mise en œuvre d'une auto-évaluation prochainement, sans toutefois préciser de calendrier.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p>1.4.5. L'évaluation de la qualité (externe)</p> <p>Une évaluation de la qualité a-t-elle été réalisée dans les 5 dernières années ?</p> <p>Remplacer par "évaluation de la qualité" (comme mentionné dans les textes)</p>	<p>Non</p>	<p>Il a été transmis à la mission une évaluation externe réalisée en 2014.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les axes et objectifs qui se dégagent de l'évaluation se traduisent-ils en actions au PACQ et dans le rapport annuel d'activité (RAA) ?</p> <p>L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>Écart 26 : L'absence de réalisation d'une évaluation de la qualité externe dans un délai de cinq ans à compter de la dernière réalisée contrevient à l'article D. 312-204 du CASF.</p> <p>Il n'y a pas de plan d'amélioration continue de la qualité. Néanmoins, il y est fait référence dans le rapport d'activité annuel (le dernier transmis est celui de 2023). Le seul axe développé est celui de la participation de l'utilisateur et de sa famille.</p> <p>Aucune évaluation externe de la qualité n'ayant été réalisée dans les cinq dernières années, aucun document n'a pu être transmis à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation.</p>
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance		
	<p>Existe-t-il une charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance spécifique à l'établissement ?</p> <p>Existe-t-il une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance issue d'une réflexion impulsée par la direction et l'encadrement avec la participation du personnel et des usagers ?</p> <p>Des formations obligatoires et régulières sur la bientraitance/maltraitance sont incluses dans le plan de formation continue pour l'ensemble des professionnels ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>La mission n'a pas constaté l'existence d'une charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance dédiée à l'établissement.</p> <p>Remarque 10 : En ne formalisant pas le sujet de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, notamment par une charte de bientraitance spécifique à l'établissement, ce dernier n'est pas en conformité avec les recommandations de l'ANESM et de la HAS.</p> <p>Bien que le projet d'établissement donne une définition de la bientraitance et renvoie aux recommandations de 2008 de la HAS sur le sujet, il ne détaille ni les moyens de repérage des risques de maltraitance, ni les modalités de signalement et de traitement des situations.</p> <p>Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission une analyse menée par l'établissement concernant les risques de maltraitance liés aux profils de jeunes accueillis.</p> <p>Écart 27 : En ne mettant pas en œuvre une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, la structure contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-3 du CASF.</p> <p>Remarque 11 : En n'ayant pas réalisé une analyse des risques de maltraitance liés à la population accueillie, l'établissement ne permet pas la prévention de ces risques.</p> <p>La mission a pu constater que la formation à la bientraitance n'est pas systématique et obligatoire : si certains salariés sont formés, ce n'est pas le cas de tous. Par ailleurs, le plan de formation transmis par l'établissement ne permet pas de conclure à la régularité des formations, aucune</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>L'établissement promeut-il une culture du signalement en cas de situation de maltraitance ?</p> <p>Les usagers (ou leurs représentants si nécessaire) peuvent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'exprimer librement - Participer à des enquêtes de satisfaction - Indiquer leurs expériences, ressentis, satisfactions ou insatisfactions, <p>Existe-t-il un support d'information accessible et facile à lire et à comprendre (en FALC) de tous (usagers, famille, professionnels) sur les droits, possibilités d'action et voies de recours en cas de maltraitance ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>n'ayant été dispensée en 2024. Par exemple, la formation du [REDACTED] sur la maltraitance est « fortement recommandée pour tous les salariés ».</p> <p>Écart 28 : En ne formant pas systématiquement les professionnels à la thématique de la prévention de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-3 du CASF.</p> <p>L'établissement a transmis à la mission une procédure d'aide au signalement aux autorités judiciaires concernant les informations préoccupantes et les signalements.</p> <p>La mission a pu constater que des signalements ont été effectués récemment au Procureur de la République mais n'a pas d'élément suffisant pour conclure que cette procédure est connue et maîtrisée de tous.</p> <p>[REDACTED] a informé la mission que certains enfants accueillis étaient non verbaux. La mission a pu constater que si des outils de communication alternative et améliorée est mis en place, l'utilisation de ces derniers n'était pas maîtrisée par l'ensemble des professionnels de l'établissement.</p> <p>Il n'y a actuellement plus d'enquête de satisfaction à destination des familles, mais [REDACTED] a indiqué à la mission sa volonté qu'il y en ait à nouveau.</p> <p>[REDACTED] de l'établissement dit être joignable et disponible pour les familles si besoin.</p> <p>Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission de document d'information accessible et facile et à comprendre concernant les droits, les possibilités d'action et voies de recours en cas de maltraitance.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.7. <u>Les sanctions corporelles</u></p> <p>L'interdiction des sanctions corporelles est-elle incluse dans cette politique de prévention de la maltraitance ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Écart 29 : En l'absence de politique spécifique et de procédure formalisée, la mission ne peut pas conclure avec certitude que les sanctions corporelles sont interdites au sein de l'établissement, ce qui contrevient à l'article D. 312-39 (3^e alinéa) du CASF.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p>1.4.8. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u></p> <p>L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations :</p>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- En ayant connaissance des risques et des obligations leur incombant, lesquelles sont inscrites à leur fiche de poste, à leur feuille de route, à leur DUD, etc. ;	Partiellement	La fiche de poste [REDACTED] mentionne bien qu'il appartient [REDACTED] de mettre en œuvre la politique de bientraitance et de veiller à son effectivité. Les entretiens menés par la mission conduisent à relever le besoin de mettre en œuvre des actions de promotion de la bientraitance. Ce besoin a bien été identifié par [REDACTED]
	- En nommant un référent bientraitance ;	Non	A la connaissance de la mission, il n'y a pas [REDACTED] d'identifié au sein de l'établissement.
	- En organisant l'analyse de leur pratique ;	Partiellement	Les analyses de pratique ne sont plus mises en place actuellement. [REDACTED] a confié à la mission la volonté de remettre en place de l'analyse de pratiques [REDACTED]
	- En formalisant dans leur fiche de poste la bientraitance comme une mission pour tous les jours ;	Oui	La bientraitance, et l'objectif qu'elle soit effective, fait partie des missions détaillées dans la fiche de poste du [REDACTED]
	- En organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et intérimaires pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ;	Partiellement	Il a été porté à la connaissance de la mission une procédure relative à l'accueil des nouveaux arrivants, celle-ci n'est cependant pas exclusivement dédiée aux vacataires et intérimaires. Par ailleurs, les éléments portés à la connaissance de la mission ne permettent pas de vérifier que cette procédure est partagée et appliquée par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il apparaît que la pratique d'usage repose davantage sur la transmission d'éléments oraux entre professionnels.
	- En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PAI.	Oui	Dans la procédure d'élaboration du PIA, il est prévu que l'enfant ait un entretien avec son référent lors de l'élaboration ou du renouvellement de son PIA.
	Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance :		
	- Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;	Partiellement	Malgré la volonté [REDACTED] d'instaurer à nouveau l'analyse de pratiques pour les professionnels, collectivement ou individuellement, cette dernière n'est pas effective au moment de la mission.
	- Par la sensibilisation et la formation ;	Non	Il a été indiqué à la mission que tous les professionnels se voient proposer une formation, notamment la sensibilisation menée par le [REDACTED]. Cependant, les professionnels interrogés par la mission d'inspection n'ont pas fait mention d'une formation sur le sujet et le plan de formation transmis ne la recense pas.
	- Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ;	Non	L'absence de plan d'amélioration continue de la qualité ne permet pas aux professionnels d'être soutenus dans leur démarche de bientraitance.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Remarque 12 : En l'absence de référent bientraitance identifié et d'analyse de pratiques, et au regard du turn-over des professionnels et de l'emploi de personnes en contrats d'interim, l'établissement ne réunit pas les conditions nécessaires à l'amélioration continue des prises en charge proposées aux jeunes accueillis.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p>1.4.9. La bientraitance en pratique</p> <p>Les bonnes pratiques sont-elles connues et promues telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La liberté de choix ; - La recherche systématique et le respect du consentement de l'utilisateur ; - L'accompagnement dans l'autonomie ; - La communication ; 	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le règlement de fonctionnement rappelle la liberté de choix au moment de l'admission par le recueil des attentes et besoins de l'enfant et sa famille et par la participation au PIA et à la vie de l'établissement. Ces éléments sont également prévus au sein du projet d'établissement. Le règlement de fonctionnement prévoit également la signature de la personne accompagnée tout comme celle de son responsable légal.</p> <p>Plusieurs éléments permettent à la mission d'attester que le consentement de la personne est recherché, comme la possibilité pour le bénéficiaire de signer son projet personnalisé. Il a toutefois été indiqué à la mission que le projet était surtout travaillé avec la famille. Selon le tableau de suivi des synthèses transmis par l'IME, la quasi-totalité des projets personnalisés d'accompagnement sont réputés avoir été signés en 2024 et en 2025 pour ceux dont les synthèses ont été réalisés au moment de la mission. La mission a pu constater l'absence d'actualisation du projet individuel personnalisé pour au moins 3 enfants en 2024. Par ailleurs, les dossiers informatisés des enfants ne sont pas tous à jour dans la mesure où des projets non signés ont pu être retrouvés.</p> <p>Remarque 13 : La non-actualisation annuelle systématique des projets individuels et l'absence d'actualisation des dossiers résidents sur [REDACTED] ne permet pas de conclure à la recherche systématique et le respect du consentement de l'utilisateur.</p> <p>Les projets d'accompagnement consultés par la mission relatent de façon détaillée la situation des enfants dans différents domaines de l'autonomie et au gré des observations effectuées sur les temps du quotidien et des activités proposées. Des objectifs sont ensuite déclinés pour l'année à venir, que ce soit en termes d'autonomie ou de communication.</p> <p>En termes de communication, on peut noter que certains projets personnalisés mentionnent la communication orale directe ou des moyens de communication alternatifs.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - La définition et l'évaluation du PIA ; - Le respect des relations avec les proches 	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>Les outils utilisés pour l'évaluation du projet personnalisé et la définition des objectifs pour l'année sont mentionnés au début de chacune des parties dédiées du projet personnalisé d'accompagnement. La procédure de l'établissement prévoit bien l'actualisation au moins une fois par an du PIA, cependant la mission a pu constater que le délai n'était pas toujours respecté dans les faits. En effet, le tableau de suivi des synthèses transmis par l'IME Le Cèdre indique pour 2025 que les projets sont révisés entre [REDACTED] après celui de 2024, pour une durée moyenne de [REDACTED]</p> <p>La mission a pu constater que les familles sont conviées [REDACTED] au sein de l'établissement ([REDACTED]) ainsi que les professionnels peuvent être joints par les familles. Par ailleurs, il a été porté à la connaissance de la mission l'existence d'un cahier de liaison est mis en place entre la famille et l'établissement pour permettre la transmission d'information.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p>1.4.10. Les « comportements défis » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)</p> <p>La réponse aux comportements défis est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?</p> <p>Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements défis » par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification des besoins des personnes ainsi que des facteurs de risque et les facteurs de protection (moyens de communication ; prise en compte de l'environnement) ? - Des procédures de gestion des comportements défis ; - Des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ; 	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Le projet d'établissement fourni à la mission ne détaille par les modalités de réponses aux comportements défis.</p> <p>Le rapport d'évaluation interne de 2021 mentionne la nécessité d'avoir des outils. Si la mission a pu constater l'existence d'une grille d'analyse à l'issue du rapport rendu par le [REDACTED], l'utilisation systématique de cette dernière n'a pas été constatée par la mission.</p> <p>En cas de « comportement défis », les professionnels le déclarent dans [REDACTED] en donnant des éléments de contexte et le sujet peut être abordé en réunion pluridisciplinaire lors des points cliniques. Pour ce qui est de leur gestion, il apparaît que c'est « <i>géré comme on le peut, en protégeant l'enfant, les autres enfants et en se protégeant</i> ». Ces situations sont parfois « <i>compliquées</i> » à gérer et le recours à la contention physique peut être utilisé (exemple : « <i>l'amener doucement au sol pour gérer la crise</i> », « <i>on le met à plat ventre pour qu'il se calme</i> »).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - La sensibilisation et la formation ; - Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs. <p>Le PIA des usagers présentant un « comportement défis » est-il régulièrement actualisé ? (bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.)</p>	<p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>D'après le planning de formation transmis à la mission, aucun salarié n'a réalisé de formation dédiée à la gestion des comportements défis en 2024, bien que la Direction ait évoqué son souhait d'y engager l'équipe.</p> <p>Il n'a pas été portée à la connaissance de la mission que l'établissement bénéficiait d'un accompagnement ou soutien d'un partenaire extérieur dans le cadre spécifique de la gestion des « comportements défis ». Néanmoins, l'établissement est en contact avec des partenaires, comme ██████████ pour ce qui concerne des pathologies spécifiques.</p> <p>Ni le logiciel de suivi des jeunes résidents ██████████ ou les PIA consultés par la mission, ni le calendrier de suivi des synthèses ne permettent d'affirmer l'effectivité d'une révision plus régulière des situations présentant de « comportement défis »</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 14 : La mission n'a pas constaté l'existence de procédures de gestion des « comportements défis », de formations proposées à tous sur la thématique ou d'outils permettant une analyse systématique de la situation comme le recommande la HAS, alors même que ces recommandations ont déjà été formulées dans le cadre de l'évaluation interne de l'établissement en 2021. L'absence de ces éléments ne permet pas la bonne compréhension par les professionnels des crises et des moyens d'action pour intervenir.</p> </div>
1.4. Gestion de la qualité	1.4.11. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u>		
	<p>La direction sensibilise-t-elle les professionnels sur la déclaration des situations de maltraitance ?</p> <p>Existe-t-il des procédures de déclaration en cas de maltraitance auprès de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ARS ; 	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>La procédure de gestion de crise transmise à la mission mentionne qu'en cas d'EIG « ██████████ complète le formulaire ARS de « transmission de l'information aux autorités administratives », conformément à la procédure de signalement gestion de événements indésirables ».</p> <p>La procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves transmise à la mission a été validée en 2024. Elle détaille étapes par étapes et par des logigramme les actions à mener en cas de survenue d'évènement indésirables et comment déclarer un EIG.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- Le magistrat concerné ;</p> <p>Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p><i>De plus, la mission a par ailleurs pu constater que l'affiche signaler- déclarer est affichée dans la salle du personnel.</i></p> <p>L'établissement a transmis à la mission une procédure, datant de 2021, d'aide au signalement aux autorités judiciaires. Cette dernière détaille le cadre de la procédure ainsi que la démarche à suivre pour les professionnels.</p> <p>La procédure transmise concernant l'aide au signalement aux autorités judiciaires ne mentionne pas leur protection en cas de témoignage. Si les contrats de travail consultés par la mission mentionnent l'obligation pour le professionnel d'informer sa direction de cas de maltraitance, la mention de sa protection n'est pas inscrite. Les éléments portés à la connaissance de la mission ne permettent pas de conclure à ce que l'ensemble des professionnels sont informés qu'ils bénéficient d'une protection en cas de signalement de maltraitance.</p> <p>Écart 30 : En n'informant pas les personnels de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 313-24 du CASF.</p>

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</p> <p>Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ?</p>	<p>Non</p>	<p>La mission n'a pas eu accès à la dernière enquête de satisfaction ni à un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers.</p> <p>Lors des entretiens, il a été mentionné que les enquêtes de satisfaction n'étaient plus réalisées.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ; - De la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématique des réclamations et des signalements ? - D'actions mentionnées dans le PACQ ? 	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Remarque 15 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la HAS.</p> <p>Cf. point 1.4.3. L'absence de plan d'amélioration continue de la qualité formalisé ne permet pas aux éléments signalés dans les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamation de faire l'objet d'action dédiées.</p> <p>En l'absence de transmission par l'établissement d'un dispositif formalisé de recueil des réclamations, la mission ne peut s'assurer de la rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ni de la réalisation d'un suivi et de bilan systématique des réclamations et des signalements.</p>
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p>	<p>1.5.2. <u>La procédure de déclaration en interne des évènements indésirables (EI)</u></p> <p>Les procédures de déclaration en interne d'évènements indésirables sont-elles connues des professionnels ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Lors des entretiens réalisés, la mission a pu constater que les professionnels connaissent la définition d'un EI ainsi que l'existence d'une procédure de déclaration ; certains avaient déjà réalisé une ou des déclarations d'EI.</p> <p>Cependant, il ressort de l'examen des dossiers des usagers que certains événements indésirables qui apparaissent dans les transmissions des professionnels n'ont pas fait l'objet d'une déclaration, car ils n'apparaissent pas dans le logiciel interne ou dans les déclarations papiers auxquelles la mission a eu l'accès.</p> <p>De plus, la mission n'a pas eu accès aux plans d'actions mis en place par l'établissement suite aux déclarations réalisées. La mission relève toutefois que les projets personnalisés des jeunes prévoient des actions visant à diminuer les comportements à l'origine d'EI ou EIG (exemple : pour</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents évènements indésirables (EI, EIG, EIGS) ?	Non	<p>un jeune ayant des comportements sexuels inappropriés, proposition de mettre en place une sensibilisation à l'intimité).</p> <p>Remarque 16 : La culture de déclaration des EI n'est pas suffisamment répandue au sein de l'établissement pour que l'ensemble des EI, EIG et EIGS soient déclarés par les professionnels, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS.</p> <p>La procédure de suivi et d'analyse des EI transmise à la mission d'inspection mentionne que la qualification de l'EI en EIG appartient au directeur de l'établissement. Elle ne mentionne pas le terme d'EIGS.</p>
	Les situations de maltraitance font-elles l'objet de mention spécifique dans ces procédures ?	Non	La procédure de suivi et d'analyse des EI transmise à la mission d'inspection mentionne spécifiquement les situations de violence sexuelle mais pas l'ensemble des situations de maltraitance.
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	<p>1.5.3. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u></p> <p>Une procédure de suivi et d'analyse des EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-elle formalisée ? - Prévoit-elle l'analyse de l'EI et la mise en œuvre d'actions correctrices ? - Les mesures correctrices sont-elles incluses dans le PACQ ? - Un retour est-il fait aux déclarants ? 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>La mission a bien eu accès à une procédure formalisée de suivi et d'analyse des EI. Ceux-ci peuvent être déclarés et répertoriés via un outil informatique. Les professionnels peuvent également effectuer une déclaration d'EI au format papier.</p> <p>La procédure transmise à la mission prévoit bien l'analyse de l'EI et la mise en place d'actions correctrices. Cependant la mission n'a pas eu accès aux plans d'actions mis en place par l'établissement à la suite des déclarations réalisées. La mission relève toutefois que les projets personnalisés des jeunes prévoient des actions visant à diminuer les comportements à l'origine d'EI ou EIG.</p> <p>Cf. point 1.4.3</p> <p>La procédure transmise prévoit qu'un retour soit fait au CVS et aux parties prenantes. Cependant, elle ne mentionne pas spécifiquement les déclarants. Lors des entretiens réalisés par la mission,</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>plusieurs professionnels ont indiqué que le retour aux déclarants n'était pas systématique et que cela décourageait de futures déclarations d'EI.</p> <p>Remarque 17 : En ne réalisant pas systématiquement un retour aux déclarants sur l'analyse et le suivi de l'EI déclaré ainsi que sur les mesures correctrices mises en œuvre, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS.</p>
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des EI</p>	<p>1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</p> <p>Les EIG/EIGS/Dysfonctionnements graves sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS)</p>	<p>Oui</p>	<p>Les évènements indésirables ayant fait l'objet d'une déclaration interne et identifiés comme EIG par l'établissement sont bien déclarés à l'ARS.</p>

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u></p> <p>Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comportent au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence ; - Un pédiatre, ou, selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de la structure, un médecin généraliste ; 	<p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>A la lecture de l'ERRD 2024 de l'établissement, une anomalie a été identifiée dans l'onglet relatif aux ETP de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectif prévisionnel 2024 : nombre d'agents : [REDACTED] nombre d'ETP : [REDACTED] - Effectif réel 2024 : nombre d'agents : [REDACTED] nombre d'ETP : [REDACTED] <p>Remarque 18 : L'écart important entre le nombre réel d'agent en 2024 [REDACTED] comparé au nombre prévisionnel d'agents [REDACTED] et au nombre réel d'ETP [REDACTED] laisse présumer un grand nombre de personnes recrutées en CDD et un fort turn-over dans la structure.</p> <p>Les documents transmis pour évaluer le nombre d'ETP réels et présents dans l'établissement ne permettent pas d'exploiter les données de manière efficiente (présence d'ETP mutualisés, contrats d'apprentissage comptabilisés en ETP, liste nominative des intérimaires mais absence de précision sur le poste qu'ils occupent).</p> <p>En analysant les différents documents relatifs aux ETP de l'établissement, la mission a pu cependant relever les éléments suivants :</p> <p>Nombre ETP : [REDACTED]</p> <p>Écart 31 : En ne disposant pas d'un [REDACTED] l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-21 du CASF.</p> <p>Nombre ETP : [REDACTED] dispose d'un CDI à temps partiel à [REDACTED], mais la mission a constaté une présence [REDACTED] seulement [REDACTED] confirmée par l'organigramme affiché dans l'établissement qui indique un temps de présence de [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Écart 32 : Le temps de présence [REDACTED] est équivoque et dans tous les cas insuffisant pour assurer un accompagnement optimal des résidents, ce qui induit des glissements de tâche au sein de l'établissement, et ce qui porte une atteinte grave à la sécurité des enfants accueillis et à un accompagnement qualitatif, contrevenant aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>
	- Un psychologue ;	Oui	<p>Nombre ETP : [REDACTED] poste mutualisé, la salariée bénéficie d'un temps partiel de [REDACTED] réparti selon les modalités suivantes : [REDACTED]</p>
	- Un infirmier ou une infirmière ;	Oui	<p>Nombre ETP : [REDACTED] poste mutualisé, le contrat indique [REDACTED]</p>
			<p>Écart 33 : Le temps de présence de [REDACTED] à l'IME le Cèdre est insuffisant pour assurer un accompagnement optimal des résidents, ce qui induit des glissements de tâche au sein de l'établissement (cf. point 2.1.17), déléguées de plus à des professionnels non qualifiés, et ce qui porte une atteinte grave à la sécurité des enfants accueillis et à un accompagnement qualitatif, contrevenant aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>
	- Un aide-soignant		<p>Nombre ETP : [REDACTED]</p>
	Selon les besoins des enfants, notamment :		
	- Des kinésithérapeutes,	Non	<p>Nombre ETP : [REDACTED]</p>
	- Des orthophonistes,	Non	<p>Nombre ETP : [REDACTED]</p>
	- Des psychomotriciens ;	Oui	<p>Nombre ETP : [REDACTED]</p>
			<p>Au vu de l'ensemble des éléments transmis par l'établissement, la mission d'inspection constate que la mutualisation des postes devient un principe de gestion des ressources humaines au sein de l'IME, portant atteinte à la qualité de l'accompagnement des résidents mais aussi à la sécurité de ces derniers.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>2.1.2. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure</p> <p>Selon la réglementation du CASF, les éducateurs sont des catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducateurs spécialisés ; - Éducateurs de jeunes enfants ; - Moniteurs éducateurs ; - AES ou AMP (pas d'AVS) ; <p>L'établissement dispose-t-il d'une équipe pédagogique et éducative adaptée à l'âge et aux besoins des enfants ?</p> <p>L'effectif des éducateurs permet-il la prise en charge d'au maximum 15 usagers par éducateur ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>En analysant les documents relatifs aux ETP de l'établissement, la mission d'inspection a pu relever les éléments suivants :</p> <p>██████████ sont comptabilisés en ETP dans les documents transmis par l'établissement, or ██████████ n'a pas vocation à occuper un poste vacant ou à remplacer un salarié absent. Le nombre d'éducateurs spécialisés est donc de ██████████</p> <p>Remarque 19 : En assimilant ██████████ à des ETP de l'établissement, ce dernier ne respecte pas les obligations fixées par le Code du travail relatives au recours au contrat d'apprentissage.</p> <p>Nombre ETP : ██████████</p> <p>Nombre ETP : ██████████</p> <p>Nombre ETP : ██████████ L'établissement identifie également ██████████</p> <p>Recours important aux CDD qui ne ne disposent pas pour la plupart de diplôme et d'expérience professionnelle dans le secteur médico-social.</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>2.1.3. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe pédagogique</p> <p>Quels sont les professionnels mis à disposition par l'Education nationale ?</p>		<p>██████████ sont théoriquement mis à disposition par l'Education nationale. ██████████ pourvu pour la rentrée de septembre 2025. Concernant ██████████ l'établissement est en attente de nouvelles de l'Education Nationale.</p>
	<p>2.1.4. La compensation des postes vacants sur la structure</p> <p>Comment sont compensés les postes vacants ?</p>		<p>Selon les entretiens menés, pour pallier le manque d'effectif et répondre aux besoins de l'IME, l'établissement a régulièrement recours à ██████████ qui met à disposition du personnel salarié sous CDD.</p> <p>Cependant, il a été également indiqué à l'équipe d'inspection, le recours de l'IME ██████████</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Remarque 20 : la lettre du 30 décembre 2021 de la ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion et du ministre des solidarités et de la santé vise explicitement à mettre en garde les directeurs d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux quant au recours aux services de certains professionnels paramédicaux, dont les aides-soignants, sous un statut de travailleur indépendant, en faisant valoir l'illégalité de cette situation au regard des dispositions du code de la santé publique et du code du travail et le risque, en cas de contentieux, de requalification des contrats conclus avec ces professionnels en contrat de travail ainsi que de possibles sanctions pénales pour travail dissimulés. Cette mise en garde a été consolidée dans la décision n° 491128 du Conseil d'Etat du 11 février 2025.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.5. <u>La proportion entre les CDI et CDD</u></p> <p>La proportion d'ETP en CDD et intérimaires est-elle > à 50% des ETP en CDI ?</p>	Partiellement	<p>Les documents transmis sont difficilement exploitables et ne permettent pas à la mission d'inspection de disposer d'une vision globale des CDI et CDD actuellement présents au sein de l'établissement.</p> <p>Le fichier intitulé « professionnels IME Cèdre » indique environ [REDACTED]. Une liste nominative [REDACTED] transmise par l'établissement fait état également de la présence [REDACTED] pour la période allant de mai à juin 2025 et ce pour de très courtes durées.</p> <p>Sur le registre unique du personnel allant du 01/01/2020 au 31/07/2025, est constatée la présence de [REDACTED].</p> <p>A été relevé par la mission le recours abusif aux CDD pour [REDACTED].</p> <p>Il ressort également des entretiens menés, la présence d'un nombre important de CDD de courtes durées avec un personnel peu qualifié (non diplômé et sans expérience professionnelle dans le secteur médico-social. Exemple : [REDACTED]).</p> <p>Écart 34 : Le recours massif aux CDD, avec un personnel peu qualifié, ne permet pas de garantir la sécurité des usagers et une prise en charge de qualité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-1 du CASF.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La direction veille-t-elle au fait que les professionnels de soins et d'éducation embauchés en CDD via une agence d'intérim aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une agence d'intérim ?	Non	<p>Écart 35 : En ne vérifiant pas si les salariés temporaires disposent d'une expérience professionnelle dans le secteur médico-social antérieure à l'intérim, l'établissement contrevient aux dispositions fixées par L. 313-23-4 du CASF.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.6. Le taux d'absentéisme des professionnels</p> <p>Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ?</p> <p>Quel est le taux d'absentéisme de l'année N-1 ?</p> <p>Comparatif du taux d'absentéisme sur les 3 dernières années ?</p>	Oui	<p>Le taux d'absentéisme de l'IME en 2023 était de [REDACTED] Il est supérieur au taux médian régional [REDACTED]</p> <p>En 2022, le taux d'absentéisme de l'IME était de [REDACTED].</p> <p>Bien que le taux soit en baisse par rapport aux années précédentes, il reste néanmoins supérieur au taux médian régional.</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>2.1.7. Le taux de rotation des professionnels</p> <p>Le taux de rotation des professionnels excède-t-il le taux médian régional ?</p> <p>Quelle est la proportion de rotation du personnel de l'année N-1 ?</p> <p>Comparatif de la proportion de rotation sur les 3 dernières années ?</p>	Non	<p>Le taux de rotation de l'IME en 2023 est de [REDACTED]</p> <p>En 2022, le taux de rotation de l'IME était de [REDACTED]</p> <p>Bien que le taux soit en baisse par rapport aux années précédentes, il reste néanmoins [REDACTED]</p> <p>Les professionnels de l'IME entendus par la mission d'inspection soulignent toutefois un turnover important et un accroissement substantiel des recrutements en CDD [REDACTED]</p>
	2.1.8. La fidélisation des professionnels		
	Y-a-t-il des actions de fidélisation des professionnels ?	Non	<p>Aucune action de fidélisation des professionnels ne ressort des informations transmises par l'établissement sur cette question ou des entretiens réalisés.</p> <p>Aucun appui de l'organisme gestionnaire n'a été relevé afin de fidéliser et de stabiliser le personnel.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y-a-t-il des actions de « qualité de vie au travail » (QVT) ?	Non	Aucune action de QVT ne ressort des informations transmises par l'établissement sur cette question ou des entretiens réalisés.
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.9. Les dossiers administratifs des professionnels</p> <p>Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils systématiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contrat d'embauche et les éventuels avenants ; - Le diplôme correspondant à leur fonction ? - Inscription à l'Ordre ; 	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>La mission d'inspection a consulté [REDACTED] dossiers relatifs aux membres du personnel dont la composition est très hétérogène.</p> <p>Remarque 21 : Les dossiers administratifs des professionnels ne sont que partiellement complétés.</p> <p>Document présent dans l'ensemble des dossiers consultés. Une salariée du [REDACTED] a été mise à disposition de l'IME par le biais d'une lettre de mission pour une durée de [REDACTED]</p> <p>Document absent dans [REDACTED] Il a été également relevé que [REDACTED] ne dispose pas d'expérience professionnelle dans le secteur médico-social.</p> <p>Pour les dossiers comportant des diplômes, ces derniers correspondent bien aux fonctions exercées par les professionnels. Cependant, la mission a relevé la présence d'un salarié faisant fonction de [REDACTED] Il ressort également des entretiens réalisés que la majeure partie des [REDACTED] récemment recrutés ne disposent pas de diplôme et d'expérience professionnelle dans le secteur médico-social.</p> <p>Écart 36 : En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir des prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article D. 451-88 et D. 451-88 du CASF.</p> <p>[REDACTED] n'est pas mentionné dans le contrat de travail de [REDACTED] et aucun document dans le dossier administratif de l'intéressé n'atteste de [REDACTED]</p> <p>Écart 37 : En l'absence de vérification de [REDACTED] l'établissement contrevient à l'article L. 4311-15 du CSP.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - La fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route signée par l'employeur et le salarié (REMARQUE UNIQUEMENT) - Entretien d'évaluation périodique - Une fiche d'aptitude de la médecine du travail La consultation des bulletins du casier judiciaire (B3 [privé], B2 [public]) est-elle tracée dans un fichier de vérification ? 	<p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>Dans l'échantillon examiné des dossiers RH, la mission d'inspection a constaté régulièrement l'absence de fiche de poste ce qui ne permet pas d'évaluer si le salarié a eu connaissance du contenu de ses missions issues des fiches types au moment de son recrutement ou au moment de l'entretien professionnel.</p> <p>Lors des entretiens menés par la mission d'inspection, les professionnels ont toutefois indiqué avoir une fiche de poste.</p> <p>A noter la présence d'une lettre de mission en lieu et place d'une fiche de poste pour une mise à disposition d'une salariée [REDACTED]</p> <div style="border: 1px solid blue; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 22 : En ne formalisant pas de façon précise les missions et responsabilités de chaque professionnel, notamment par des fiches de poste signées par l'employeur et le salarié, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS.</p> </div> <p>Document absent dans [REDACTED] et pour les dossiers qui comportent un entretien professionnel, ils ne sont pas récents (ils datent de 2018, 2020 et un non daté).</p> <p>[REDACTED] dossiers du personnel seulement sur les [REDACTED] consultés contiennent la vérification du B3. Aucun ne comporte la vérification du B2.</p> <div style="border: 1px solid blue; background-color: #ffe6e6; padding: 5px;"> <p>Écart 38 : En l'absence d'attestation de vérification des bulletins de casier judiciaire des salariés, la direction de l'IME contrevient à son obligation de contrôle selon les dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.</p> </div>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p>2.1.10. Les intervenants/prestataires externes</p> <p>Quels sont les professionnels externes intervenant dans la structure ?</p>		<p>La mission d'inspection a été destinataire de [REDACTED] et [REDACTED] ayant pour objet la prise en charge des séances de [REDACTED] enfants de l'établissement.</p> <p>Il ressort également des entretiens réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place d'un conventionnement avec [REDACTED] mais qui a été ensuite interrompu (le motif de l'interruption n'a pas été communiqué) ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes...)?	Non	<p>- la mise en place d'un conventionnement avec [REDACTED] (la convention n'a pas été transmise par l'établissement). Cependant dans le cadre du contrôle des dossiers administratifs du personnel, il a été identifié la présence [REDACTED] qui exerce en [REDACTED]</p> <p>Aucun diplôme relatif aux professionnels libéraux n'a été transmis par l'établissement.</p> <p>Concernant les conventions de partenariat avec [REDACTED] le numéro ADELI est mentionné dans chaque convention.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.11. <u>Le plan de formation des professionnels</u></p> <p>Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ?</p>	Partiellement	<p>Un seul plan de formation a été communiqué, celui relatif à l'année 2024. Ce plan de formation inclut également les salariés [REDACTED]</p> <p>Les actions de formation sont adaptées aux besoins identifiés et aux demandes spécifiques du personnel. Cependant, le plan ne concerne pas l'ensemble des professionnels de l'établissement. Ce point est confirmé par les entretiens menés par la mission, pendant lesquels les professionnels ont indiqué rencontrer des difficultés à effectuer des formations en raison du délai pour obtenir une formation et du manque d'effectif dans l'établissement.</p> <p>Les attestations des formations réalisées pour les années, 2024 et 2025 ont également été communiquées par l'établissement, parmi lesquelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] <p>Les attestations de formations transmises par [REDACTED] mais effectuées par les salariés du SESSAD n'entrent pas dans le champ de contrôle de ladite inspection, elles n'ont donc pas été examinées.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Y-a-t-il des formations en internes au sein de la structure ?</p> <p>Y-a-t-il des professionnels en VAE actuellement ?</p> <p>Les professionnels ont-ils accès aux formations relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance, - Aux troubles du comportement et/ou sensoriels, <p>Les professionnels bénéficient-ils de formations adaptées à leurs missions et à l'accompagnement des jeunes ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>En ce qui concerne, le contenu des formations, des axes d'amélioration sont à prévoir notamment [REDACTED] un [REDACTED]</p> <p>Remarque 23 : En ne disposant pas d'un plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels et en ne permettant pas de façon optimale l'accès à des formations, l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels.</p> <p>Aucun document transmis par l'établissement ne présente de salariés en cours de VAE</p> <p>Au vu du plan de formation 2024 et des attestations de formation transmises il apparaît que l'établissement propose des actions de formation en adéquation avec les missions des professionnels et les besoins d'accompagnement des jeunes. Toutefois, le volume de formations demeure insuffisant et ne couvre pas l'ensemble des salariés, ce qui limite l'impact global du dispositif sur la montée en compétences des équipes.</p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p>2.1.12. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</p> <p>Existe-t-il une procédure d'accueil des nouveaux professionnels ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure d'accueil des nouveaux arrivants a été rédigée en mai 2024. Ce document contient :</p> <p>[REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ [REDACTED] ▪ [REDACTED] ▪ [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un professionnel ayant une qualification égale ou supérieure à la leur ?</p>	Non	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [REDACTED] ▪ [REDACTED] ▪ [REDACTED] ▪ [REDACTED] ▪ [REDACTED] <p>Le document ne comporte aucune information relative au suivi de la période d'essai.</p> <p>Dans les entretiens menés par l'équipe d'inspection, aucun professionnel ne mentionne la réception de cette procédure à son arrivée</p> <p>Le document ne comporte aucune information relative à la mise en place d'un référent pour l'accompagnement du nouvel arrivant durant la période d'intégration. Aussi, dans les entretiens menés par l'équipe d'inspection, aucun professionnel ne mentionne cet accompagnement.</p> <p>Remarque 24 : En ne proposant pas l'accompagnement systématique par un professionnel référent durant la période d'intégration du nouvel arrivant, l'établissement n'assure pas un accueil de qualité à l'ensemble des professionnels</p>
	<p>Les nouveaux arrivants disposent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un identifiant/mot de passe individuel d'accès au dossier informatisé des usagers ? - Des procédures d'urgences et de soins - De la procédure de signalement. 	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>La possibilité de consulter les procédures et de déclarer des EI/EIG sur l'outil [REDACTED] est mentionnée mais il a été constaté au regard des entretiens menés une méconnaissance des procédures d'urgence et d'EI/EIG et des enjeux afférents</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.13. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</p> <p>Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions d'équipe/service/secteur ; 	Oui	<p>Des temps d'échange institutionnels sont en place avec une fréquence régulière pour la plupart des professionnels de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions de fonctionnement, ou de régulation sur les questions organisationnelles. Jusqu'en 2023, des comptes-rendus étaient établis ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Des réunions sont également organisées régulièrement avec [REDACTED] dans l'attente de la réorganisation associative avec la mise en place du [REDACTED]</p> <p>Si des comptes-rendus des réunions d'équipe pluridisciplinaire sont établis systématiquement, ce n'est pas le cas pour les autres réunions.</p> <p>La mission a par ailleurs constaté l'absence de certaines catégories de professionnels à ces réunions : [REDACTED] ne participe à aucune réunion, bien qu'il soit salarié de l'établissement. [REDACTED] participent aux réunions de façon très occasionnelle, les réunions étant souvent organisées sur des horaires non compatibles avec leur planning.</p> <p>Remarque 25 : Il existe une grande typologie de réunions institutionnelles de l'association et de la structure. Toutes ne donnent pas lieu à des comptes-rendus. Par ailleurs, les réunions d'équipe de l'IME peuvent se tenir sur des horaires non compatibles avec le planning [REDACTED]. De fait, la diffusion des informations au sein de la structure et plus généralement de l'association gestionnaire n'est pas optimale.</p>
	- Réunions direction/professionnels,	Oui	[REDACTED] indique que des réunions générales seront organisées à chaque vacances scolaires pour que [REDACTED] puisse échanger avec les professionnels de l'IME Le Cèdre.
	- Réunion de direction (direction/chef de service)	Oui	Cf. point 1.2.9 [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.14. L'organisation générale du planning des professionnels</p> <p>L'établissement dispose-t-il d'une maquette organisationnelle de la répartition des besoins en professionnels de soins selon les unités/étage ?</p>	Non	<p>Des réunions ██████████ de l'IME le Cèdre, ██████████ animées par ██████████</p> <p>En 2022, des réunions de cadres se tenaient régulièrement.</p> <p>La confection des plannings relève de différentes personnes : ██████████ est en charge de celui de ██████████ ██████████ est en charge de celui des professionnels éducatifs.</p> <p>Les plannings transmis par ██████████ à la mission sont ceux du jour de l'inspection et ne concernent que le personnel éducatif. Il s'agit d'extractions du logiciel ██████████ difficilement lisibles, ne permettant pas de comprendre clairement les horaires et jours de présences des personnels ainsi que leurs fonctions, et ainsi d'apprécier la continuité des soins dans le respect du temps de travail maximum réglementaire.</p> <p>Remarque 26 : L'absence d'un planning clair et précis permettant d'identifier les professionnels présents sur la journée porte atteinte à une gestion efficiente du personnel.</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>2.1.15. Analyse des plannings</p> <p>Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent-ils aux effectifs prévus sur les plannings ?</p> <p>Les plannings réalisés et prévisionnels permettent-ils une prise en charge homogène, sans écart majeur du nombre de professionnels d'un jour à l'autre ?</p>	Partiellement Non	<p>Le planning transmis à la mission d'inspection ne permet de déterminer les effectifs réellement présents le jour de l'inspection.</p> <p>Il ressort des entretiens menés que les différentes absences du personnel constatées (personnel éducatif, AES, AS, agents de service) sont traitées uniquement par le recours élevé aux vacataires.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.16. Les fiches de poste des professionnels</p> <p>Les fiches de postes/missions/tâches respectent-elles les compétences des référentiels métier ?</p>	Partiellement	<p>Des fiches métier types de l'organisme gestionnaire ont été transmises à la mission d'inspection. Ces fiches ont été mises à jour en 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiche métier directeur de pôle - Fiche métier infirmier - Fiche métier assistant de service social

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les fiches de poste comportent-elles les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description des fonctions, - Lien hiérarchique, - Horaires de travail, - Prévention et gestion des risques en lien avec le poste. 	<p>Oui Oui Non Partiellement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche métier aide-soignant - Fiche métier AMP/AES - Fiche métier éducateur spécialisé/animateur (1^{ère} catégorie) - Fiche métier moniteur/éducateur/animateur (2^{ème} catégorie) - Fiche de poste AMP nuit/AS nuit/ surveillant de nuit <p>Cet élément n'apparaît que dans la fiche métier AMP nuit/AS nuit/ surveillant de nuit qui indique que les missions s'effectueront la nuit.</p> <p>Cet élément n'apparaît que dans la fiche métier [REDACTED]</p> <p>Remarque 27 : Les fiches de poste type transmises par l'organisme gestionnaire ne sont pas suffisamment précises et n'intègrent notamment pas les horaires de travail.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p>2.1.17. Les glissements de tâches</p> <p>Les plannings réalisés et prévisionnels permettent-ils une prise en charge sécurisée et de qualité avec les professionnels diplômés requis par unités et sans glissement de tâches ?</p>	Non	Cf. point 2.1.1.
	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?	Oui	<p>A la lecture des fiches de postes, il a été identifié la présence d'une mission consistant à assurer l'aide à la prise des médicaments en respectant la procédure en vigueur, sans autre précision (fiches de postes AS, AMP, AES et surveillant de nuit) ainsi que d'une mission consistant à apporter une aide à l'infirmière dans la réalisation des soins et de réaliser des actes par délégation (fiche de poste AS).</p> <p>Il ressort également des entretiens réalisés avec les professionnels que [REDACTED] les [REDACTED] sont en en charge, en l'absence de [REDACTED] de la distribution des traitements aux résidents</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Écart 39 : En confiant en l'absence de l'IDE la distribution des traitements (soins courants de la vie quotidienne) à des professionnels non réglementairement autorisés, l'établissement porte atteinte à la continuité et à la sécurité des soins et contrevient donc aux dispositions de l'article R. 4311-4 du CSP et à celles de l'article L. 311-3 (1°) du CASF.

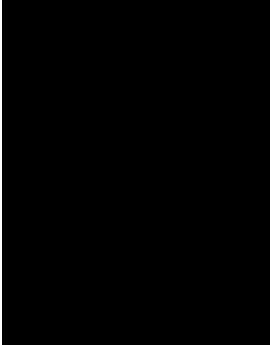
2.2. Gestion d'information

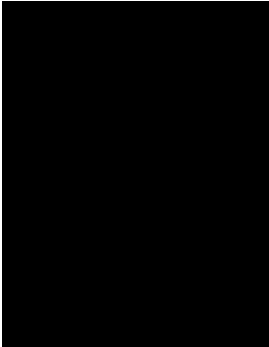
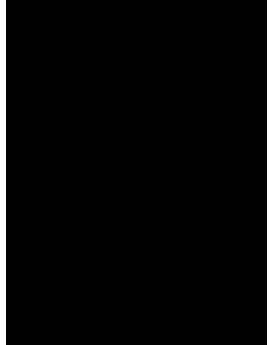
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP) :</u></p> <p>Un registre unique du personnel est-il tenu à jour</p>	Oui	<p>Le registre du personnel sous format papier a été examiné sur place (registre à jour de 1997 à 2025).</p> <p>Remarque 28 : Le registre unique du personnel ne fait pas apparaître la mention de salarié temporaire ni l'entreprise de travail temporaire qui met à disposition ses salariés, ce qui ne respecte par l'article D. 1221-23 du Code du travail.</p> <p>Le registre du personnel sous format Excel a été transmis par l'établissement après l'inspection (registre à jour de 2020 à 2025).</p>
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u></p> <p>Le registre des entrées et sorties existe-il ?</p> <p>Le registre des entrées et sortie est-il signé par le maire ?</p>	Partiellement Non	Le registre présent sur place ne correspond pas au format exigé par le CASF.
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.3. <u>Le registre des présences quotidiennes</u></p> <p>Un registre des présences est-il tenu à jour quotidiennement ?</p>	Oui	Le registre existe et est sous format papier positionné à l'entrée de l'établissement intitulé « contrôle des entrées et sorties de l'IMP ». [REDACTED] indique que des directives orales ont été

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ?	Partiellement	<p>Dans le logiciel ██████ les données médicales sont sécurisées et donc non accessibles à l'ensemble des professionnels.</p> <p>En revanche, il a été relevé dans un dossier administratif la présence de données médicales (1 sous dossier intitulé « médical » et un autre sous dossier intitulé « ordonnance ») non sécurisées.</p> <p>Écart 40 : En n'assurant pas un stockage sécurisé des informations médicales concernant les résidents permettant de garantir la confidentialité de ces informations, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et de l'article L. 1110-4 du CSP.</p>
	<p>Le(s) dossier(s) des jeunes comportent-ils les documents réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1° Enquête et décision d'orientation ; - 2° Autorisation parentale pour prise en charge en urgence ; - 3° PIA et projet de scolarisation ; - 4° CR réunion de synthèse ; - 5° CR de l'acquisition scolaire et formation professionnelle (dont GEVASCO) ; - 6° Décision de sortie ; - 7° Informations sur le devenir du jeune pendant 3 ans après la sortie ; - 8° CR de surveillance régulière du développement psychologique, cognitif et corporel du jeune ; - 9° Certificat médicaux et résultats d'examens clinique réalisés à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure. <p>Le(s) dossier(s) est(sont)-il(s) tenu(s) à jour pour chaque usager ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>non investigué</p> <p>non investigué</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>Documents présents dans plusieurs dossiers médicaux des usagers.</p> <p>Document présent dans chaque dossier administratif.</p> <p>Document présent mais non à jour pour certains dossiers administratifs. ██████ dossiers consultés ne sont pas signés par toutes les parties concernées.</p> <p>Documents absents sur ██████ dossiers administratifs sur ██████ consultés et pour le reste les derniers comptes rendus datent de 2021.</p> <p>Documents absents sur ██████ dossiers administratifs sur ██████ consultés et pour le reste présence de ██████ GEVASCO non à jour.</p> <p>Les dossiers administratifs consultés concernent des usagers toujours présents dans la structure.</p> <p>Les dossiers administratifs consultés concernent des usagers toujours présents dans la structure.</p> <p>Documents absents sur ██████ dossiers administratifs sur ██████ consultés et pour le reste les derniers comptes rendus datent de 2021.</p> <p>Documents présents dans certains dossiers médicaux des usagers.</p> <p>Écart 41 : L'incomplétude des dossiers administratifs, notamment due à la multiplicité des supports contrevient aux dispositions de l'article D. 312-37 du CASF.</p>

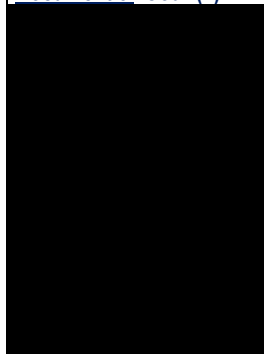
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le dossier donne-t-il une vision de l'accompagnement pluridisciplinaire apporté au jeune (travail du parcours) ?	Non	
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.5. <u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs dans les dossiers médicaux et de soins</u></p> <p>Quels sont les différents supports pour les transmissions des intervenants extérieurs (soins, kiné, orthophoniste, etc.) ?</p>		Des comptes-rendus rédigés par des professionnels de santé extérieurs ont été trouvés dans les dossiers médicaux papiers de certains usagers, mais pas de manière systématique. L'utilisation du logiciel ██████ n'est pas ouvert aux professionnels extérieurs.
2.3. Gestion d'information	<p>2.2.6. <u>La traçabilité des soins des professionnels de soins interne dans les dossiers médicaux et de soins</u></p> <p>La traçabilité des interventions des professionnels de soins est-elle effective ?</p> <p>Sur quels supports sont tracés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les pansements ? 	Partiellement	<p>█████ réalise ses transmissions de manière régulière dans les dossiers informatisés via le logiciel ██████ de l'établissement ne réalise pas de transmission dans les dossiers médicaux informatisés via le logiciel ██████. Ses transmissions sont faites à l'oral auprès de ██████ ou sur papier, sans donc être systématiquement intégrées aux dossiers médicaux des usagers.</p> <p>Écart 42 : En n'assurant pas la traçabilité systématique des interventions des professionnels de soins dans les dossiers médicaux et de soins des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-37 du CASF relatif au dossier de l'enfant ou adolescent (notamment au 8° et 9° relatifs au compte rendu de la surveillance régulière et aux certificats médicaux et résultats d'examens cliniques pratiqués à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement) et également aux dispositions de l'article L. 1111-7 du CSP relatif à l'accès des personnes à l'ensemble des informations concernant leur santé.</p> <p>Les pansements sont tracés dans le logiciel AIRMES.</p>

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

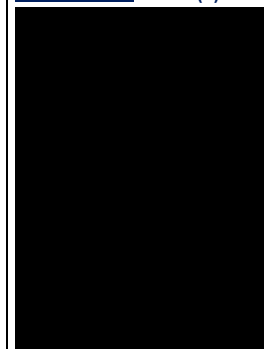
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u></p> <p>Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?</p>	<p>Oui</p>	<p>D'une manière générale, le bâtiment et les extérieurs sont entretenus et ne mettent pas les usagers en risque.</p> <p>Certaines parties du bâtiment sont plus récentes que d'autres. Dans les parties les plus anciennes, certaines façades sont abîmées. Le sol de la cour est également fissuré par endroit.</p> <p>Un trou important a été constaté par la mission d'inspection au plafond de la salle du personnel.</p> <p>Les locaux ne sont pas climatisés et lors de l'inspection (en période de fortes chaleurs), il faisait très chaud dans les étages supérieurs. [REDACTED] a précisé à la mission d'inspection avoir demandé des devis pour installer des climatiseurs a minima dans plusieurs pièces collectives.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 30 : Le manque d'isolation des étages supérieurs ne garantit pas un accueil de qualité des enfants et adolescents, ainsi que des professionnels, sur l'IME.</p> </div> <p><u>Document 2. Peinture abîmée</u></p> 

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Document 3. Façade abîmée</p>  <p>Document 4. Sol fissuré</p> 
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p>	<p>2.3.2. <u>Espaces extérieurs</u></p> <p>Les usagers ont-ils un accès à une aire de jeux ?</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement dispose d'une cour. Les accès en sont sécurisés tant vers l'extérieur que depuis l'établissement. Les usagers peuvent utiliser la cour uniquement en présence d'un professionnel de l'établissement.</p>

Document 5. Cour (1)

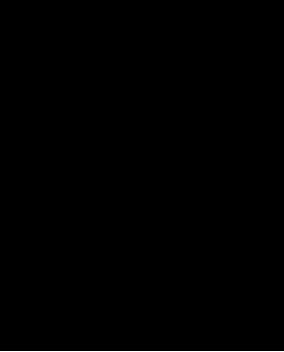


Document 6. Cour (2)






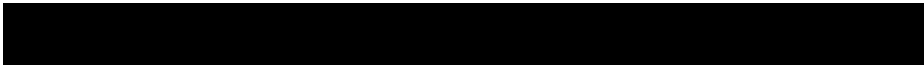
En cas de mauvais temps, les usagers peuvent également avoir accès à une salle de jeux depuis la cour (fermée à clé le reste du temps).

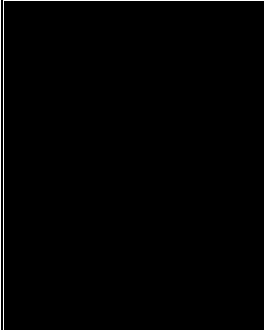
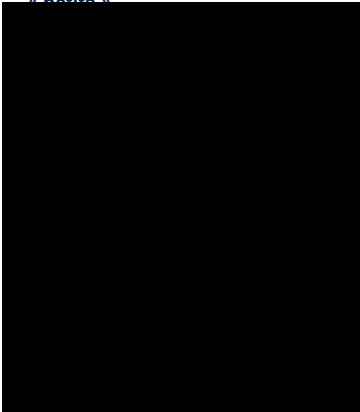
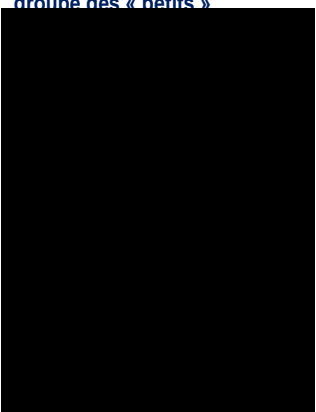
Document 7. Salle de jeu

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le terrain comporte-il des espaces verts suffisants ?	Oui	 L'établissement se situe en zone urbaine, la surface d'espaces verts dont il dispose est donc limitée par la taille de son terrain.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.3. <u>Le suivi des réparations</u> Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	Oui	Un agent de maintenance est affecté à l'établissement et assure les réparations et petits travaux quotidiens.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.4. <u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u> Les locaux sont-ils conformes pour les PMR en matière de : <ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité, - Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ? 	Oui Oui Oui	Les locaux sont accessibles aux PMR. L'établissement n'accueille pas d'usagers présentant une déficience motrice. L'établissement dispose bien d'un ascenseur. Celui-ci était en panne le jour de l'inspection et ce depuis plus de 15 jours. Il a été indiqué à la missions lors des entretiens que ces pannes étaient récurrentes et pouvaient poser des problèmes d'organisation du travail.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptée aux handicaps des personnes accueillies ?	Oui	<p>Remarque 31 : Les pannes fréquentes et de longue durée de l'ascenseur complexifient l'organisation du travail.</p> <p>Une signalétique est mise en place via des pictogrammes.</p>

2.4. Locaux et équipements

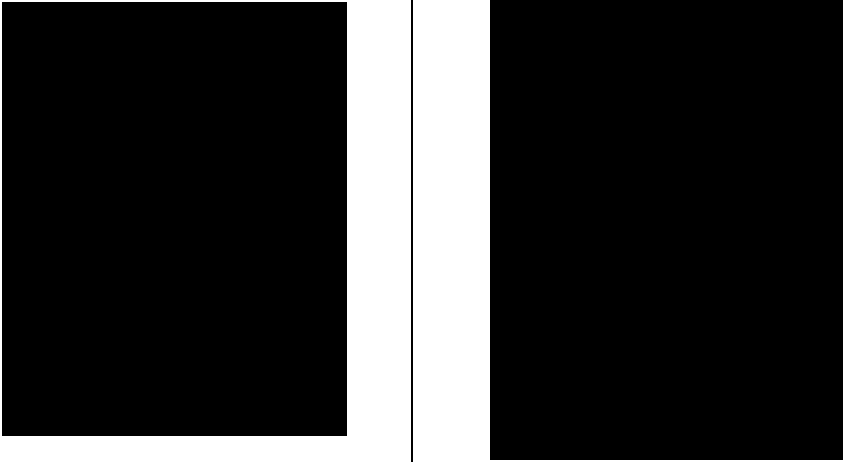
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>2.4.1. Fonctionnalité et hygiène des locaux</p> <p>Les locaux sont-ils en nombre suffisant et de dimension appropriée pour l'ensemble des activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pédagogiques, - Sportives, - Liées à la formation professionnelle, - De rééducation, 	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>L'IME dispose :</p> <ul style="list-style-type: none"> -  -  -  <p>La cour située devant les bâtiments permet la pratique sportive. Elle est néanmoins peu équipée : seul un panier de basket y demeure. Un trampoline est accessible aux enfants sous la surveillance de l'équipe et se situe à l'extérieur de l'enceinte de l'IME. Les équipements dédiés et fixes sont ainsi peu nombreux.</p> <p>La salle de réunion du rez-de-chaussé peut servir de salle de formation.</p> <p></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les locaux ont-ils un aspect familial ?	Partiellement	<p>La séparation en deux groupes d'âge à l'internat permet d'avoir des espaces collectifs de jeux et des espaces privés (les chambres). L'IME renvoie de manière générale à un aspect plutôt familial. Les espaces de jour sont colorés et décorés.</p> <p>Certains espaces sont néanmoins moins chaleureux, comme par exemple l'entrée de l'établissement.</p> <p><u>Document 8.</u> Chambre double à l'étage du groupe des grands</p>  <hr/> <p><u>Document 9.</u> Couloir de l'internat groupe des « petits »</p>  <p><u>Document 10.</u> Chambre individuelle groupe des « petits »</p> 

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les enfants disposent-ils d'une salle de jour distincte de leurs chambres ?</p> <p>Les locaux favorisent-ils la vie en petits groupe relativement autonomes ?</p> <p>La structure dispose-t-elle : (selon les besoins)</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une cuisine, - D'une buanderie, 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Remarque 32 : Les locaux de l'internat pourraient être davantage personnalisés tout comme les chambres de chaque enfant. Les affichages personnels sont peu présents. Le rapport d'évaluation externe réalisé en 2021 faisait état de constat similaire et préconisait des aménagements alliant personnalisation et sécurité pour favoriser l'autonomie.</p> <p>Document 11. Espace collectif internat</p> <p>Document 12. Espace collectif internat groupe des « grands »</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- D'un atelier technique ?</p> <p>Les locaux des professionnels (toilettes inclus) distincts de ceux dédiés aux jeunes ?</p> <p>Les locaux sont-ils propres ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>D'apparence générale les locaux sont propres bien qu'ils montrent par endroit des signes d'usure. Certaines pièces sont très encombrées.</p> <p>Remarque 33 : Les locaux pourraient être davantage rangés.</p>
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p>	<p>2.4.2. <u>La salle d'apaisement</u></p> <p>La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait au calme et l'apaisement des usagers ?</p> <p>Quels équipements sont disponibles dans la salle d'apaisement ?</p>	<p>Non</p>	<p>La mission n'a pas été informée de l'existence d'un tel espace sur l'IME. Il s'agit néanmoins d'un besoin identifié par certains professionnels [REDACTED] de l'IME travaille à la mise en place d'un protocole spécifique et à la formation des professionnels à son utilisation avant de s'en équiper.</p> <p>Remarque 34 : Au regard des profils des jeunes accueillis, la mise en place d'un ou plusieurs espaces de retrait au calme pourrait être bénéfique dans le cadre de l'accompagnement proposé. Ils peuvent être utilisés de façon volontaire par les jeunes dans le cadre d'une stratégie éducative préventive ou dans le cadre d'une stratégie de protection en cas de survenue de comportement problème.</p>
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p>	<p>2.4.3. <u>Les chambres : mixité</u></p> <p>Les chambres ne sont pas mixtes (enfant de plus de 6 ans) ?</p>	<p>Non</p>	<p>Les chambres ne sont pas mixtes dans la mesure où l'IME n'accueille à ce jour que des garçons.</p> <p>Remarque 35 : La volonté de la Direction d'accueillir un public mixte devra conduire à une réflexion sur l'organisation des chambres au sein de l'internat pour respecter la non mixité au-delà de 6 ans.</p>
<p>2.4. Bâtiments, espace</p>	<p>2.4.4. <u>Chambre : architecture</u></p>		


Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
extérieurs et équipement	<p>La superficie des chambres est-elle réglementaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chambre seule : 9 m², - Chambre collective : 4 lits maximum par chambre et 5 m² par lit <p>L'agencement des chambres préserve-t-il l'intimité des usagers ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La mission a pu constater la présence de chambres simples et de quelques chambres doubles lors de la visite des locaux. D'après les plans fournis, les chambres simples font [REDACTED] et les chambres doubles ou triples entre [REDACTED]</p> <p>L'agencement des chambres permet, dans l'ensemble, le respect de l'intimité des jeunes accueillis. Le nombre de jeune accueillis étant au moment de la mission inférieur à la capacité d'accueil autorisé, cela permet de limiter les chambres doubles et ainsi de préserver l'intimité de chacun. Une réflexion pourra être engagée lorsque le nombre maximal de jeune sera accueilli.</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p>2.4.5. <u>Chambre : mobilier</u></p> <p>Le mobilier des chambres s'apparente-t-il à du mobilier familial (au moins une armoire, un placard et une armoire de toilette) ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Le mobilier de chaque chambre comprend un lit, une armoire, une commode, une chaise et une petite table.</p> <p>Chaque chambre est équipée du même mobilier.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires	
	<p>Le mobilier des chambres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-il adapté au handicap des usagers accueillis ? - Ressemble-t-il au mobilier des enfants et adolescents non handicapés ? 	<p>Oui Partiellement</p>	<p><u>Document 13.</u> Mobilier d'une chambre</p> 	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs	2.4.6. Les pièces d'eau			

Sous-thème IGAS et équipement	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p><u>Les salles de bains</u></p> <p>Les installations d'eau sont-elles accessibles aux usagers ?</p> <p>Des points d'eau sont-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installés près des chambres et des salles à manger, <p><u>Les baignoires et douches</u></p> <p>La structure dispose-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De douches, au moins au nombre de 1 pour 6 usagers ; - Et également de baignoires ? <p><u>Les WC</u></p> <p>Des WC dédiés aux usagers sont-ils installés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À proximité des chambres ? <p>Les WC dédiés aux usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sont-ils au moins au nombre de 1 pour 4 usagers ? - Sont-ils adaptés aux handicaps des usagers ? 	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La mission n'a pas constaté de difficultés particulières d'accessibilité des installations d'eau mais n'a néanmoins pas vérifié leur opérationnalité. La mission a cependant constaté qu'un certain nombre de remarque concernant l'accessibilité des sanitaires des deux étages de l'internat ont pu être formulées en début d'année (pompeau de douche fixe non adapté aux besoins des enfants, portes-manteaux fixés trop haut, absence de meuble pour déposer / ranger des affaires).</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les plans de l'établissement indiquent la présence [REDACTED]</p> <p>La mission a constaté la présence de WC a proximité des chambres.</p>

2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	<p>2.5.1. <u>L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement</u></p> <p>Le directeur a-t-il contracté une assurance générale au bénéfice des jeunes qui ne sont pas couverts par le titre I^{er} du livre IV du code de la sécurité sociale ?</p>	Oui	L'article 4 du contrat de séjour transmis par l'établissement mentionne que toute personne accueillie par l'établissement est assurée pendant toute la durée de l'accueil. L'établissement couvre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que peuvent encourir la collectivité et / ou ses assurés pour des dommages corporels, matériels et immatériels causés à des tiers.
2.5. Sécurités	<p>2.5.2. <u>Les vaccinations des usagers</u></p> <p>Y-a-t-il un suivi des vaccinations des usagers ?</p>	Partiellement	<p>Le suivi de la vaccination est assuré par [REDACTED].</p> <p>Cependant, la mission a constaté que le statut de vaccination des usagers n'était pas systématiquement tracé dans les dossiers (que ce soit les dossiers papiers ou dans les dossiers sur [REDACTED]).</p> <p>Écart 43 : En n'assurant pas la traçabilité de la vaccination dans les dossiers de l'ensemble des usagers, l'établissement ne peut garantir le respect des dispositions de l'article D. 312-36 du CASF.</p>
2.5. Sécurités	<p>2.5.3. <u>La prévention des fugues</u></p> <p>La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues adapté à l'âge du jeune ?</p>	Oui	<p>L'établissement met en place diverses mesures pour prévenir le risque de fugue des usagers.</p> <p>Les locaux sont adaptés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Document 14. Entrebailleux défectueux</p>  <p>Dans le cas de demandes de sorties de la part des usagers ou de leur famille, le CR de la réunion cadre du 21/02/2022 mentionne la nécessité de prévenir [redacted] de faire signer une décharge à la famille et d'éviter les sorties à l'improviste.</p>
2.5. Sécurités	<p>2.5.4. L'identification des usagers (identitovigilance)</p> <p>Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? (Photos, étiquettes, bracelets, ...)</p>		<p>Les usagers sont identifiés par leur prénom, nom de famille et / ou leur photo selon les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les documents destinés aux usagers (planning de la semaine, casier à chaussure...) c'est généralement la photo de l'utilisateur qui est utilisée ; - Dans les documents destinés aux professionnels [redacted] [redacted]..) ce sont généralement les prénoms et noms de famille des usagers qui sont utilisés, accompagnés parfois de la photo de l'utilisateur.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. L'admission		
	Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission ?	Oui	<p>Il existe une procédure d'admission. Cette procédure se réfère à [REDACTED] et non à l'IME Le Cèdre. Par ailleurs, [REDACTED] mentionnée occupe un rôle clé dans cette procédure alors que le poste est vacant depuis plusieurs années.</p> <p>La procédure est en cours de refonte, avec la mise en place d'un dispositif d'accueil d'orientation et de coordination (DAOC) au niveau [REDACTED]. Ce dispositif aura la charge de l'admission de tous les usagers de l'association.</p> <p>Les professionnels entendus par la mission d'inspection ont donné des réponses incohérentes sur l'existence ou non d'une commission d'admission et sur les différents professionnels associés ou non à la décision d'admission.</p> <p>Remarque 36 : Malgré l'existence d'une procédure d'admission basée sur une trame type mise à disposition par l'association gestionnaire, cette procédure n'est pas suffisamment bien intégrée par les professionnels de l'IME.</p>
	Via Trajectoire est-il utilisé ?	Oui	<p>En l'absence [REDACTED] ViaTrajectoire est renseigné par [REDACTED]. Le dossier unique d'admission est utilisé.</p>
	Existe-t-il une commission d'admission ?	Oui	<p>La procédure prévoit que la commission d'admission se tient à la demande de [REDACTED]. Elle se compose de [REDACTED].</p>
	Qui donne son avis sur les dossiers d'admission ?		<p>[REDACTED] étudient ensemble le profil des enfants. L'avis de [REDACTED] est également sollicité. En l'absence de [REDACTED] aucun avis médical n'est donné.</p> <p>Les refus peuvent être la mise en danger ou l'incohérence de l'accompagnement. Une admission a été refusée récemment car l'IME ne pouvait pas répondre aux besoins du jeune.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Y a-t-il une visite de préadmission pour l'utilisateur et sa famille ?</p> <p>Un stage d'observation est-il proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>██████████ indique aussi ne pas être en capacité d'accueillir des enfants ██████████</p> <p>Suite à la commission d'admission, ██████████ contacte la famille pour organiser un rendez-vous qui se décompose en plusieurs temps : ██████████ reçoivent les parents pour faire une présentation de l'établissement ; ██████████ reçoit l'enfant en parallèle ; ██████████ reçoit ensuite la famille puis les parents et l'enfant visitent l'établissement.</p> <p>Le stage a généralement lieu sur une période d'une semaine et de manière progressive. Un bilan de stage est rédigé par ██████████ et transmis à la famille et aux partenaires.</p> <p>A la suite du stage, la famille est reçue par ██████████ pour la signature du contrat de séjour.</p>
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.2. Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »</p> <p>La structure participe-t-elle à des groupes opérationnels de synthèse (GOS) pour l'élaboration de piste d'action individualisées pour des usagers sans solution ou pour des usagers dont la situation est complexe ?</p> <p>La structure reçoit-elle des dossiers d'admission issus d'un plan d'accompagnement global (PAG), faisant suite aux GOS, pour les usagers sans solution ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>██████████</p> <p>La structure indique que la MDPH les sollicite pour des PAG. Quand il y a un PAG, le PAG devient prioritaire dans la liste d'attente. La mission d'inspection n'a pas été en mesure de déterminer le nombre d'enfants accueillis bénéficiant d'un PAG.</p>
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.3. Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)</p> <p>Un contrat de séjour ou un DIPC est élaboré à l'admission de l'utilisateur ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Les familles entendues par la mission d'inspection ont indiqué avoir signé un contrat de séjour et l'avoir reçu en version papier et par mail. Les dossiers papier des usagers consultés par la mission d'inspection contenaient tous le contrat de séjour signé. Les dossiers informatisés des usagers sur le logiciel ██████████ ne contenaient pas tous le contrat de séjour signé.</p> <p>Remarque 37 : Il est constaté que la transposition des dossiers papiers des usagers dans les dossiers informatisés n'est pas complète – les dossiers informatisés ne contenant pas, pour la plupart, le contrat de séjour signé. Cette transposition incomplète est source de perte d'informations.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La participation et le consentement de l'utilisateur sont recherchés lors de l'élaboration du contrat de séjour ou du DIPC ? (Signature de l'utilisateur ou son représentant légal).	Oui	La trame de contrat de séjour est fournie par [REDACTED] Elle est conforme aux dispositions des articles L. 311-4 et D. 311 du CASF. Le contrat de séjour est signé par le représentant légal de l'enfant, à l'issue d'une rencontre avec [REDACTED] La mission d'inspection n'a pas été en mesure de vérifier que le consentement de la personne à être accueillie ait bien été recherché.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.4. Le livret d'accueil</p> <p>Un livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal ?</p> <p>Le livret d'accueil comprend-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La charte des droits et libertés de la personne accueillie ; - Le règlement de fonctionnement ; 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La procédure d'admission prévoit que le livret d'accueil est remis à la famille par [REDACTED] et [REDACTED] lors de la première rencontre entre la structure et la famille.</p> <p>S'il est établi que la structure dispose d'un règlement de fonctionnement et que la charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans les locaux, la trame de livret d'accueil ne comporte pas en annexe la charte des droits et libertés de la personne accueillie ni le règlement de fonctionnement.</p> <p>Les dossiers papier et informatisés des usagers ne comportent pas d'attestation de remise des documents. Toutefois, les familles entendues par la mission d'inspection ont indiqué que l'ensemble des documents leur ont été transmis. Par ailleurs, la signature du contrat de séjour équivaut à une attestation de remise des documents puisque le contrat comporte une clause de réserve dans laquelle la personne accompagnée reconnaît avoir reçu le livret d'accueil et ses annexes (règlement de fonctionnement et charte et libertés de la personne accueillie).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Remarque 38 : La Charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement existent et sont remis à la famille, en revanche ces documents ne sont pas en annexe de la trame de livret transmise à la mission d'inspection.</p> </div>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.5. Les médecins traitants</p> <p>Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?</p>	Oui	Lors des entretiens réalisés, il a été indiqué à la mission que chaque usager avait un médecin traitant et que l'IDE disposait d'une liste avec les noms des médecins de chaque jeune. Dans les dossiers médicaux papiers consultés par la mission, cette information a bien été retrouvée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.6. <u>La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers</u></p> <p>La coordination des différents professionnels (planning des usagers) favorise-t-elle une PEC de qualité du jeune et un accompagnement adapté ?</p>	Partiellement	<p>[REDACTED]</p> <p>Sur l'emploi du temps étudié par la mission d'inspection, à l'exception de la sortie éducative [REDACTED] les activités se tiennent au sein de l'IME. Grâce à l'étude des documents transmis, la mission d'inspection a pu constater la tenue d'activités sportives proposées par le Conseil départemental [REDACTED]</p> <p>Les enfants participant aux activités et les objectifs visés par ces activités sont identifiés dans une fiche « projet d'activité » complétée pour chaque activité. Les objectifs de développement de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent et de facilitation de la communication et de la socialisation prévus par l'article D.312-12 4° b) du CASF sont respectés.</p> <p>La mission d'inspection note que l'emploi du temps des jeunes accueillis s'arrête à [REDACTED]</p> <p>Des temps d'enseignement scolaire sont prévus [REDACTED] Il n'est pas précisé combien de temps durent les séances et combien d'enfants sont concernés. En l'absence d'éléments, la mission d'inspection n'a pas été en mesure de vérifier que tous les enfants sont scolarisés, au sein de l'unité d'enseignement interne ou en milieu scolaire.</p> <p>Des séances de psychomotricité sont prévues [REDACTED] concernant [REDACTED] enfants au total [REDACTED]. Des entretiens psychologiques individuels sont prévus [REDACTED] concernant au moins [REDACTED] enfants.</p> <p>Est indiqué dans le rapport d'activité de 2023 que presque tous les enfants accueillis à l'IME ont besoin [REDACTED]. Pour autant, [REDACTED] est vacant depuis 2022. Si aucune [REDACTED] n'est mentionnée dans l'emploi du temps étudié, la mission d'inspection a pu vérifier le conventionnement avec plusieurs praticiens en libéral (intervention</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>dans l'établissement ou dans leur cabinet avec accompagnement par un professionnel de l'IME), permettant en 2023 un suivi hebdomadaire pour les enfants.</p> <p>L'IME ne dispose pas de poste de [REDACTED]. Le poste de [REDACTED] est vacant depuis plusieurs années.</p> <p>Les professionnels travaillent en transversalité. [REDACTED] participent aux réunions d'équipe pluridisciplinaire du vendredi.</p> <p>Écart 44 : En l'absence de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux, l'IME n'est pas en capacité de proposer un accompagnement thérapeutique adapté, contrevenant aux dispositions de l'article D. 312-12 2° et 3° du CASF.</p> <p>Écart 45 : En l'absence d'un enseignant sur les [REDACTED] postes prévus, l'IME n'est pas en capacité de proposer un accompagnement pédagogique adapté, contrevenant aux dispositions d'article D. 312-12 4° a) du CASF.</p> <p>Remarque 39 : L'IME ne prévoit pas un programme d'activités, et notamment en inclusion, suffisamment étayé sur l'ensemble de la journée.</p>
	<p>Le directeur assure la coordination avec les intervenants extérieurs ?</p>	Oui	<p>Des conventions sont signées par [REDACTED] avec [REDACTED], prenant en charge en libéral des jeunes de l'IME.</p> <p>La coordination avec les intervenants extérieurs en lien avec l'accompagnement des usagers dans le cadre de leur projet individualisé d'accompagnement, ainsi que le suivi des synthèses de PIA, sont délégués par [REDACTED].</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p>3.1.7. Les transmissions inter équipes</p>		
	<p>Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ?</p>	Oui	
	<p>Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ?</p>	Oui	<p>Les professionnels ont un planning fixe de roulement. Les équipes ont [REDACTED] à la fin de chaque [REDACTED] entre les professionnels du [REDACTED] ceux de [REDACTED] et ceux de [REDACTED], pour des transmissions orales.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Qui assure le pilotage des transmission inter équipes ?</p> <p>Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ?</p> <p>Quel est le mode de transmission écrite (logiciel (DUI), registre, cahier, ...)</p>	<p>Choisir</p> <p>Partiellement</p>	<p>██████████ assure le pilotage des transmissions inter équipe.</p> <p>Les équipes de nuit utilisent un cahier de transmission et un temps de transmissions orales est prévu entre les équipes de jour et celles de nuit. Suite à une demande de l'équipe en septembre 2024 ██████████ a transmis aux professionnels de nuit un accès au logiciel ██████████ afin qu'ils l'utilisent pour la transmission d'information avec l'équipe de jour. Cependant, lors d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire de juin 2025, est constaté une perte de transmission d'information entre les professionnels de jour et ceux de nuit, conduisant à un rappel par ██████████ de l'utilisation du logiciel ██████████ par tous les professionnels.</p> <p>L'audit du ██████████ réalisé en 2021 constatait l'arrivée ██████████ sans temps identifié pour les transmissions.</p> <p>La question des transmissions entre les professionnels ██████████ est régulièrement abordée en réunion d'équipe. En février 2024, l'équipe faisait remonter le retard régulier ██████████ ce qui amenait les professionnels éducatifs à quitter leur poste au-delà de leurs heures et ne permettait pas le temps de transmission prévu.</p> <p>Il ressort des entretiens que les ██████████ ont toujours des réticences à remplir le logiciel ██████████</p> <p>Remarque 40 : En ne mettant pas tout en œuvre pour assurer les transmissions entre les ██████████ l'établissement ne permet pas une bonne circulation de l'information.</p> <p>Les transmissions se font via le logiciel ██████████ Malgré un effort fait sur l'équipement informatique par la structure, il a été remonté à la mission lors des entretiens que l'utilisation du logiciel n'est pas encore appréhendée par l'ensemble des professionnels de l'IME.</p> <p>En complément, des cahiers de transmission sont utilisés sur les internats afin d'assurer un suivi des soirées à l'internat et de partager les informations essentielles pour assurer la continuité de l'accompagnement des jeunes. En réunion d'équipe de janvier 2025, a été constaté que cet outil avait été un peu délaissé récemment, et a été rappelée la nécessité de le réinvestir.</p> <p>Les entretiens menés révèlent l'utilisation fréquente par les professionnels du format papier ou oral pour les transmissions. Ces transmissions orales ou dans le cahier de transmission ne sont pas toujours reportées sur le logiciel.</p> <p>Les professionnels interrogés n'ont pas reçu de formation au logiciel ██████████</p> <p>Par ailleurs, le rapport d'expertise CSE de 2021 constatait que l'intensification du travail au niveau de l'IME Le Cèdre ne permet pas aux salariés de remplir l'ensemble des documents existants pour</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>les enfants, notamment, le registre des incidents et le cahier de transmissions. Le cahier des transmissions est, selon les témoignages, peu rempli par les professionnels.</p> <p>L'administration des traitements n'est pas suivie dans [REDACTED] mais sur une fiche de suivi papier, car en l'absence de médecin, les ordonnances ne sont pas enregistrées dans [REDACTED]. Le médecin intervenant à l'IME transmet à l'oral ou sur papier mais ne complète pas le logiciel [REDACTED].</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Remarque 41 : Bien que l'IME ait mis en place un outil numérique pour les transmissions, son utilisation n'est pas systématique et pas acquise par l'ensemble des professionnels, ne permettant pas une circularisation optimale de l'information entre ses professionnels.</p> </div>
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.8. <u>L'amendement Creton</u></p> <p>La structure accueille-t-elle des usagers de plus de 20 ans au titre de l'amendement Creton ?</p> <p>Si oui, nombre d'usagers concerné ?</p> <p>Quels est l'âge de l'utilisateur le plus âgé ?</p>	<p>Non</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p>3.1.9. <u>La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie</u></p> <p>La sortie des usagers est-elle anticipée auprès de la MDPH ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Il existe un protocole d'orientation des jeunes, à partir de 14 ans. Cet âge correspond aux anciennes pratiques de l'IME concernant la tranche d'âge (9-14 ans). Le protocole prévoit le recueil des attentes du jeune et de sa famille, l'intégration de l'objectif d'orientation dans le projet personnel, la découverte des options d'orientation avec l'organisation de visites d'établissements et de services du secteur adulte et des périodes d'immersion.</p> <p>Le protocole précise que les éléments des documents nécessaires à la constitution du dossier d'orientation doivent être rassemblés et le dossier doit être transmis aux instances décisionnelles compétentes. Le protocole ne précise pas la temporalité dans laquelle la MDPH est informée de la demande d'orientation en secteur adulte.</p> <p>Il ressort des entretiens que le protocole n'est pas connu des professionnels de l'IME, qui indiquent travailler les sorties au cas par cas.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Lors des entretiens réalisés, il a été indiqué que les enfants et leurs parents étaient sensibilisés à une réorientation dès leur 13 ou 14 ans, mais que cette pratique change avec l'élargissement de la tranche d'âge des enfants accompagnés. A été indiqué à la mission d'inspection que certains jeunes accueillis font des essais dans d'autres ESMS.</p> <p>Remarque 42 : Le protocole de réorientation des jeunes accueillis n'est pas adapté à la tranche d'âge réelle de l'IME, qui lui permet d'accueillir des enfants et adolescents jusqu'à 20 ans, et les modalités d'information du projet de sortie auprès de la MDPH sont manquantes.</p>
	Un suivi des usagers est-il réalisé durant au moins les 3 ans suivant la sortie de la structure pour faciliter l'insertion professionnelle et sociale ?	Partiellement	<p>Lors des entretiens réalisés, il a été indiqué que l'IME effectue un suivi du jeune pendant ■ ans après sa sortie.</p> <p>Le protocole de sortie mentionne le suivi post-orientation pour assurer la réussite de la transition, mais ne mentionne pas la poursuite de cet accompagnement sur la durée minimum de ■.</p> <p>Écart 46 : En n'assurant pas un accompagnement à l'insertion sociale et professionnel pendant ■ suivant la sortie de la personne accompagnée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-18 du CASF.</p>

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS 3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	3.2.1. <u>Les Projets individualisés d'accompagnement (PIA) :</u>		
	L'élaboration et le suivi des PIA font-ils l'objet d'une procédure ?	Oui	Une procédure a été rédigée pour l'ensemble des ESMS de l'organisme gestionnaire en mars 2025 sur l'élaboration du projet personnalisé. Une trame type de PIA a été rédigée et mise à disposition des ESMS.
	Chaque usager a-t-il un projet individualisé d'accompagnement ?	Oui	<p>La procédure prévoit que pour chaque nouvel arrivant, un projet d'accompagnement est élaboré dans les ■ mois qui suivent.</p> <p>Les dossiers consultés par la mission d'inspection contenaient les PIA signés, soit dans le dossier papier soit dans le dossier numérisé. Les dossiers numériques consultés ne contiennent pas tous le PIA.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ?</p>	Partiellement	<p>Remarque 43 : Il est constaté que la transposition des dossiers papiers des usagers dans les dossiers informalisés n'est pas complète – les dossiers informatisés ne contenant pas, pour la plupart, le PIA. Cette transposition incomplète est source de perte d'informations.</p> <p>La procédure prévoit que la PIA doit être réactualisé a minima [REDACTED]. Le référent projet de l'enfant prépare et présente le bilan de l'année, et définit les différents objectifs pour l'année à venir. Lors des entretiens réalisés, il a été indiqué à la mission que cet objectif n'est pas toujours tenu pour tous les PIA. Dans les dossiers consultés, certains PIA dataient d'avant 2024-2025 et n'étaient pas conformes à la trame mise à disposition [REDACTED].</p> <p>Le calendrier de suivi des synthèses transmis à la mission d'inspection révèle qu'en 2024, au moins [REDACTED] eunes n'ont pas vu leur PIA actualisé. En 2025, le jour de la visite en juin, seuls [REDACTED] PIA avaient été signés ou réactualisés. La réévaluation de l'ensemble des PIA était toutefois prévue pour fin 2025.</p> <p>Écart 47 : En ne réévaluant pas systématiquement a minima annuellement le projet d'accompagnement individualisé de chaque personne accompagnée, l'établissement ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques et contrevient aux dispositions de l'article D. 312-14 du CASF.</p>
	<p>Les PIA respectent-ils les besoins, des capacités et de l'autonomie des usagers dans les domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Social, - Affectif, - Scolaire, - Professionnel ? <p>Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>La trame type de PIA comporte les observations concernant l'éducatif, la psychomotricité, le pédagogique et la psychologie. La majorité des PIA étudiés par la mission d'inspection sont rédigés sur la base d'une ancienne trame qui développe le projet éducatif et les prises en charge paramédicales.</p> <p>Un référent éducatif est identifié pour chaque usager. Il peut y avoir une co-référence. Le ou les référents sont identifiés dans le PIA.</p>
	<p>Dans le cadre du PIA, les usagers sont-ils employés aux services généraux sous la surveillance des professionnels ?</p>	Partiellement	<p>Différents PIA prévoient de travailler sur des tâches de la vie quotidienne comme la mise de table, le débarrassage, le service, la gestion des affaires personnelles et du linge sale et le rangement de la chambre. Ces tâches sont encadrées et sous la surveillance des professionnels.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les usagers sont-ils utilisés pour effectuer des tâches incombant aux professionnels de l'établissement ?	Non	
	Les PIA prévoient-ils une partie pédagogique, éducative et thérapeutique ?	Partiellement	Le PIA comporte un volet thérapeutique complété par [REDACTED] et un volet éducatif complété par [REDACTED]. Le volet pédagogique est détaillé dans le PPS lorsque celui-ci existe (cf. point 3.9).
	Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ?	Oui	La procédure d'élaboration du PIA et la trame type prévoient de recueillir les souhaits et attentes du jeune et de sa famille. Les parents sont contactés lors de l'élaboration du PIA pour recueillir leurs attentes et l'enfant est reçu en entretien avec son référent de projet. Les souhaits de l'enfant, si son âge le permet, et de la famille sont pris en compte dans l'établissement du PIA. A été remonté à la mission d'inspection lors des entretiens que le lien avec les familles était parfois lointain et que certaines familles ne viennent pas signer le PIA.
	Les équipes médico-psychopédagogiques font-elles parvenir aux familles : - Des informations sur l'évolution de l'utilisateur tous les trimestres (DM) / tous les semestres (DI, DP) ;	Partiellement	Le référent éducatif du projet de l'enfant est en contact avec la famille. Une famille entendue par la mission d'inspection a toutefois indiqué ne pas recevoir d'informations sur l'évolution de la prise en charge de l'enfant accompagné. Écart 48 : Si la famille est associée à l'élaboration du PIA et reçoit chaque année un bilan pluridisciplinaire, il est constaté que la communication entre le référent éducatif de l'enfant et la famille n'est pas assez régulière, et que les familles ne reçoivent pas toujours tous les semestres des informations détaillées sur l'évolution de leur enfant. De ce fait, la structure ne respecte pas entièrement les dispositions de l'article D. 312-14 du CASF.
	- Un bilan pluridisciplinaire complet sur la situation de l'utilisateur, tous les ans ?	Oui	Des réunions d'évaluation sont organisées au moins une fois par an avec l'enfant et sa famille. Une famille entendue par la mission d'inspection a confirmé recevoir un bilan [REDACTED].
	Existe-t-il des réunions de synthèse régulières et pluridisciplinaires ?	Oui	Des réunions de synthèse sont organisées [REDACTED]. Le calendrier de suivi des synthèses prévoit pour 2025 [REDACTED]. En 2024, au moins [REDACTED] enfants n'ont pas fait l'objet d'une réunion de synthèse [REDACTED].
	Les PIA prévoient-ils :		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - L'enseignement et le soutien permettant à chaque enfant de réaliser, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation, en référence aux programmes scolaires en vigueur, les apprentissages nécessaires ; - Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent et à faciliter la communication et la socialisation. 	<p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Les éléments relevant de la scolarisation sont consignés dans le PPS lorsque celui-ci existe (cf. point 3.9).</p>

3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	<p>3.3.1. Les personnes qualifiées départementales</p> <p>Une liste départementale de personnes qualifiées est-elle à disposition des usagers et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?</p>	Partiellement	<p>La trame vierge du contrat de séjour transmise dispose d'un article relatif au contentieux du contrat de séjour et à la possibilité pour les usagers et leur famille de recourir à une personne qualifiée. On peut cependant noter que l'article renvoie au site internet de l'Agence régionale de santé et ne permet pas un accès direct et facilité à la liste.</p> <p>La mission constate par ailleurs que les contrats de séjour consultés antérieurs à 2021 n'en font pas mention et qu'il n'y a pas eu d'action modificative pour en informer les familles (exemple : un avenant au contrat de séjour).</p> <p>Écart 49 : En ne donnant pas un accès précis à l'information sur les voies de recours aux usagers et à leurs familles, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-3 alinéa 6 et L. 311-5 du CASF.</p>
	<p>3.3.2. La liberté d'aller et venir</p> <p>Existe-t-il une procédure de mise sous contention ?</p> <p>Les mesures pour soutenir la liberté d'aller et venir sont-elles réévaluées autant que de besoin par le médecin et l'équipe médico-sociale ?</p>	<p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>La mission n'a pas connaissance de l'existence d'une procédure de mise sous contention. Pour autant, la mission a pu constater le recours à l'entrave physique en cas de crise de la part des jeunes : « <i>l'amener doucement au sol pour gérer la crise</i> », « <i>on le met à plat ventre pour qu'il se calme</i> »</p> <p>Écart 50 : En ne disposant pas d'un protocole détaillé et spécifique à la mise sous contention, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p> <p>Le règlement intérieur prévoit que la liberté d'aller et venir est garantie, sauf à démontrer au cas par cas le caractère à la fois nécessaire, adapté, proportionné précisé et connu en lien avec le</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			contrat de séjour et le projet personnalisé. Il n'est toutefois pas constaté dans les contrats de séjour consultés de situation où une telle entrave est mise en place et détaillée.
	Les contentions font-elles systématiquement l'objet d'une prescription ?	Non	<p>L'absence de procédure détaillée et spécifique ne permet pas aux contentions de faire systématiquement l'objet d'une prescription.</p> <p>Remarque 44 : En ne faisant pas de la contention l'objet d'une prescription systématique, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité ».</p>

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.1. Relations avec les familles		
	Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?	Oui	Les familles sont invitées à venir dans les locaux de l'IME pour la fête de fin d'année et à la rentrée pour la présentation de l'emploi du temps de leur enfant. Ils sont également associés lors de la révision du projet personnalisé de leur enfant.
	L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ?	Oui	██████████ qui apporte aux familles un premier niveau de réponse. Un accompagnement des familles est également proposé par l'équipe de l'établissement avec un Café des parents à l'initiative de ██████████ et des ateliers sont également proposés (exemple : comment gérer les crises des enfants ?). Les familles peuvent également librement joindre ██████████ et le référent de leur enfant.
	Y-a-t-il un moyen de communication entre la structure et les familles (cahier de liaison, réunion, mail, journée à thème, journée portes ouvertes aux familles, ...)	Oui	Il existe un cahier de liaison qui permet de faire le lien entre les familles et l'IME et d'assurer la communication entre l'établissement qui accueille les enfants la semaine et la famille qui accueille les enfants les week-ends. Par ailleurs, les familles peuvent prendre contact avec l'établissement (chef de services et référent de leur enfant par mail). L'un des enfants interrogés a indiqué qu'il pouvait téléphoner à sa famille le soir après en avoir fait la demande préalable à un adulte. D'après les transmissions et comptes-rendus de réunion, certains enfants sont équipés d'un téléphone portable dont l'usage est encadré.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ?	Non	Il n'y a pas de pièce dédiée à l'accueil des familles dans l'établissement.
3.3. Vie sociale et relationnelle	<p>3.4.2. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u></p> <p>Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ?</p>	Partiellement	<p>Aucune procédure relative au respect de la vie affective n'a été communiquée à la mission.</p> <p>En revanche, les professionnels volontaires ont reçu une formation [REDACTED] en février 2024.</p> <p>A l'issue de cette formation, des ateliers d'une heure ont été organisés dans l'établissement les [REDACTED] animés par [REDACTED]. Il a été indiqué à la mission que ces ateliers abordaient la thématique du corps, des émotions, du consentement.</p> <p>La mission a été informée que ces ateliers étaient interrompus en raison de manque de personnel pour les encadrer, mais que le projet était de les remettre en place et d'en organiser à destination des usagers les plus jeunes également.</p>

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u></p> <p>Y a-t-il une organisation pour le transport des jeunes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre leur domicile et la structure ? - Entre la structure et l'internat ? 		Le règlement de fonctionnement de l'établissement stipule que le transport entre le domicile et l'établissement est organisé par l'IME tout comme celui pour aller aux activités prévues en dehors de l'établissement.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.5.2. <u>La tenue vestimentaire des jeunes</u></p> <p>La tenue vestimentaire des usagers est-elle imposée ?</p>	Non	Le règlement de fonctionnement de l'établissement stipule qu'une tenue vestimentaire adaptée est attendue pour les jeunes accueillis dans un souci de respect de soi et des autres. La mission n'a pas constaté sur place de tenue vestimentaire qui serait imposer aux enfants afin de les distinguer.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	L'hygiène corporelle des usagers fait elle l'objet d'une programmation / organisation ?	Non	La mission n'a pas constaté que l'hygiène corporelle des jeunes faisait l'objet d'une programmation ou d'une organisation spécifique. Aucun élément transmis par l'établissement ne permet non plus de l'affirmer.
	L'hygiène corporelle des usagers est-elle suivie et tracée ?	Partiellement	En l'absence d'une organisation formalisée, les référents suivent l'hygiène corporelle des jeunes notamment via les transmissions dans [REDACTED]. A titre d'exemple, en cas d'insuffisance de protection, cela est signalé, à la fois à l'équipe et à la famille pour solutionner la situation.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.3. Les changes Les changes sont-ils effectués aussi souvent que nécessaire ?	Oui	La mission n'a pas fait de constat permettant d'indiquer un nombre de change insuffisant.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.4. Le circuit du linge La structure prend-elle en charge l'entretien du linge ?	Oui	L'établissement est doté d'une buanderie. La laverie est en charge de laver, au moins en partie, le linge des enfants.

3.7. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.1. La conception des repas Les repas des jeunes sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leur âge ?	Oui	La mission constate l'affichage des menus que ce soit en salle du personnel ou dans les salles de prises de repas. Ces menus respectent les recommandations nutritionnelles. Chaque repas se compose d'une entrée, plat protidique, accompagnement (féculent et légumes), laitage et dessert.
	Un professionnel de la structure est-il désigné pour vérifier le respect du cahier des charges de restauration (grammage, composition des menus, apports nutritionnels, ...) ?	Oui	[REDACTED] est la seule interlocutrice de la cuisine en ce qui concerne le suivi des régimes et textures. Un système de plateau nominatif a été mis en place entre l'infirmière et la cuisine, pour les régimes hypocaloriques par exemple. [REDACTED] peut faire des transmissions sur [REDACTED] concernant des modifications de régime alimentaire (composition et quantité).
	Les repas sont-ils préparés : - Sur place - Par un prestataire de restauration collective ?	Non Oui	Les repas sont réalisés par le prestataire de service [REDACTED]
	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution (allergie, fausse route, diabétique, sans porc, ...) ?	Non	Un seul enfant présente des troubles de déglutition qui ne lui permettent pas d'ingérer du pain. Il lui est donné du pain de mie que l'infirmière paie sur ses frais personnels.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.7.2. Les salles de restauration</p> <p>L'aménagement du restaurant d'enfants permet-il la prise des repas en petits groupes ?</p> <p>Les salles à manger sont-elles en nombre suffisant ?</p> <p>Les salles à manger peuvent-elles être ouvertes de l'extérieur en cas de nécessité ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Cf. point 3.7.3</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.7.3. Les régimes, textures</p> <p>Les régimes alimentaires et les textures modifiées (liquide, gélifiée, mixé, haché) sont-ils prescrits ?</p> <p>Les différents régimes et textures sont-ils répertoriés dans un document unique tenu à jour ?</p> <p>Les régimes et textures sont-ils transmis régulièrement à la cuisine ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>Dans l'établissement [REDACTED] usagers sont porteurs d'un syndrome de Prader-Willi et bénéficient d'un régime alimentaire adapté hypocalorique. Ces régimes spécifiques font l'objet de protocoles nominatifs affichés dans le réfectoire. La mission n'a pas été en mesure d'identifier qui prescrivait ces protocoles et les actualisait.</p> <p>Un listing nominatif, non daté, listant les régimes alimentaires avec/sans porc ou sans viande est affichée dans le réfectoire.</p> <p>Un listing nominatif avec la liste des allergies est également affiché. Concernant les autres régimes spécifiques, ils font l'objet de protocoles nominatifs affichés dans le réfectoire également.</p> <p>Les différents régimes ne sont pas répertoriés dans un document unique.</p> <p>[REDACTED] est la seule interlocutrice avec la cuisine en ce qui concerne le suivi des régimes et textures.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p>3.7.4. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</p> <p>Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ?</p> <p>Y a-t-il un suivi régulier de l'état nutritionnel (poids, IMC) ?</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Un suivi du poids est assuré par [REDACTED] en lien avec [REDACTED] pour l'ensemble des enfants selon une procédure comprenant des spécificités en fonction des troubles identifiés :</p> <p>- obésité : pesée tous les [REDACTED] sauf pour [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quelles sont les actions en cas de dénutrition/obésité ou troubles de l'alimentation (CNO, aide, stimulation, ...) ?		<p>- Autres usagers : ██████████</p> <p>Le suivi de la taille est assuré selon la même procédure : ██████████ ██████████ pour les usagers prenant des hormones de croissance ou dont la courbe de croissance est inférieure à la normale.</p> <p>Différents régimes sont mis en place en lien avec la cuisine ainsi que des actions spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régimes hypocaloriques avec plateau nominatif et grammage des portions, selon des protocoles individuels affichés dans le réfectoire et à l'internat - Possibilité de rester plus longtemps à table pour les jeunes ayant besoin d'être stimulés

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	<p>3.8.1. <u>Articulation des équipes éducatives et pédagogiques</u></p> <p>Les professionnels de la structure et les enseignants se concertent-ils ?</p>	Partiellement	<p>Lors de l'inspection, la mission n'a pas pu s'entretenir avec l'enseignant de la structure. Néanmoins sur la base des autres entretiens réalisés et des comptes-rendus de réunion d'équipe hebdomadaire transmis, la mission constate que les professionnels de la structure et les enseignants sont amenés à se concerter.</p> <p>En revanche, la mission a constaté que les enseignants de l'établissement ne réalisaient aucune transmission dans les dossiers informatisés des usagers via ██████████ ni dans les dossiers papiers. Les derniers documents ou bilans relatifs à la scolarisation datent de 2022 ou 2023. L'absence de transmission ne permet pas de rendre compte de l'accompagnement pédagogique mis en œuvre pour chaque usager, ni de permettre un partage d'information au sein de l'équipe pluridisciplinaire autour de la prise en charge globale des usagers.</p>

3.9. Champ de l'éducation : la scolarisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.5 Champ de l'éducation	<p>3.9.1. <u>L'intégration scolaire</u></p> <p>La structure met-elle en œuvre des actions d'intégration scolaire en milieu scolaire ordinaire, adapté ou protégé</p>	Partiellement	<p>██████ jeunes accompagnés par l'IME bénéficient d'une scolarisation en milieu ordinaire.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.5 Champ de l'éducation	3.9.2. La scolarisation en milieu ordinaire Y a-t-il des jeunes scolarisés en milieu ordinaire ?	Oui	
3.5 Champ de l'éducation	3.9.3. La scolarisation en unités d'enseignement Y a-t-il une unité d'enseignement : - Au sein de la structure ; - Dans un établissement scolaire ? L'unité d'enseignement dispense-t-elle : - Un enseignement général ? - Un enseignement professionnel ?	Oui Non Oui Non	
3.5 Champ de l'éducation	3.9.4. Les projets personnalisés de scolarisation Un enseignant référent est-il désigné pour chaque jeune ? Le projet individualisé de scolarisation de chaque usager est inclus dans le PIA ?	Non Non	Sur la base des PIA consultés, la mission constate que l'établissement n'a pas intégré le projet personnalisé de scolarisation (PPS) prévu à l'article L.112-2 du code de l'éducation dans le PIA de chaque usager. Le PPS permet de définir, pour chaque enfant en situation de handicap de 3 à 20 ans, le déroulement de sa scolarité et ses besoins en termes d'adaptation et ainsi de lui garantir le droit à la scolarisation. Écart 52 : En n'incluant pas dans le projet personnalisé d'accompagnement de chaque usager le projet personnalisé de scolarisation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-10-3 du CASF.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.10.1. L'organisation des soins dans le projet d'établissement		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>Le projet d'établissement précise-t-il les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec les professionnels exerçant dans le champ thérapeutique ?</p> <p>3.10.2. Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</p> <p>En journée, les plannings des professionnels intervenant dans les soins présentent-ils un chevauchement permettant une continuité des soins ?</p> <p>De nuit, y-a-t-il des procédures et/ou des astreintes pour assurer la prise en charge en soins en continu ?</p>	<p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>Le projet d'établissement transmis, dont la validité est dépassée depuis 3 ans, détaille la mise en œuvre du projet thérapeutique : au moment de l'admission avec le rôle [REDACTED] chargé notamment de faire le lien avec les professionnels du soins (hôpitaux, CMP, ...). Le rôle de [REDACTED] est également détaillé autour du suivi thérapeutique (coordination de l'accompagnement avec les paramédicaux, les médecins... ; lien avec les familles ...).</p> <p>Les professionnels en charge de la coordination et du suivi des soins sont : [REDACTED]</p> <p>En l'absence de [REDACTED] en journée le midi ou dans l'après-midi, c'est [REDACTED] qui assure la continuité des soins, notamment l'administration des traitements du midi et la transmission des informations entre les professionnels présents sur site, les familles, etc. En soirée, ce sont les [REDACTED] qui assurent l'administration des traitements.</p> <p>En cas d'absence prolongée de [REDACTED] c'est [REDACTED] qui assure les missions de [REDACTED] via des transmissions détaillées rédigées par [REDACTED] dont la préparation des traitements, alors que cet acte est strictement réservé à [REDACTED]</p> <p>Écart 53 : [REDACTED] n'étant habilité ni à préparer ni à administrer des médicaments, la continuité des soins n'est pas garantie en dehors de la présence de [REDACTED] dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 (1°) du CASF.</p> <p>De nuit, il n'y a pas d'astreinte médicale mais une astreinte de direction qui en cas d'urgence, contacte les services hospitaliers. Les coordonnées de l'astreinte sont affichées dans l'établissement (internat, poste de soin...), avec les coordonnées de médecins pour les urgences de jour (dont le médecin pédiatre salarié) et de nuit et les numéros de secours.</p> <p>Divers protocoles sont affichés dans les étages de l'internat (bureaux des éducateurs), ainsi qu'une fiche pour l'administration des traitements du soir.</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p>3.10.3. Missions médicales</p> <p>L'un des médecins de la structure est-il désigné pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale ?</p>	Non	<p>Aucun médecin ne supervise la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale. C'est l'infirmière qui assure cette mission, malgré l'appui déclaré du [REDACTED], assurant auprès de [REDACTED] un rôle de conseil. La mission a constaté que [REDACTED] n'a pas d'échanges avec les équipes paramédicales, ni avec [REDACTED], et qu'il ne participe pas aux réunions d'équipe pluridisciplinaire, n'étant présent [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>L'équipe médicale et paramédicale assure-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille - La surveillance générale de l'établissement en coordination avec le directeur en ce qui concerne <ul style="list-style-type: none"> • L'hygiène de vie des usagers ; • L'alimentation des usagers ? <p>Un bilan complet annuel est-il réalisé pour chaque usager ?</p> <p>Y -a-t-il des astreintes médicales ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>La mission n'a par ailleurs pas pu constater les démarches mises en œuvre par [REDACTED] pour que la qualité des soins puisse être supervisée par un médecin : recrutement, mutualisation d'un poste de médecin au niveau de l'association gestionnaire, augmentation de la quotité de travail du médecin pédiatre.</p> <p>Écart 54 : En ne désignant pas de médecin parmi ceux mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21 du CASF pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale, l'établissement contrevient à l'article D. 312-22 du CASF.</p> <p>Aucun bilan complet annuel n'a été retrouvé dans les dossiers des usagers, que ce soit concernant le suivi médical par le médecin ou les autres professionnels paramédicaux intervenant.</p> <p>Écart 55 : En ne réalisant pas de bilan annuel complet pour chaque usager, l'établissement contrevient à l'article D. 312-13 du CASF.</p> <p>Il n'y a pas d'astreinte médicale mais une astreinte de Direction qui en cas d'urgence, contacte les services hospitaliers. Les coordonnées de médecins pour les urgences de jour (dont le médecin pédiatre salarié) et de nuit ainsi que les numéros de secours sont affichés dans l'établissement avec les coordonnées de l'astreinte de direction.</p>
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p>3.10.4. <u>Le cabinet médical et l'infirmierie</u></p> <p>Un cabinet médical est-il présent dans la structure et précédé par une salle d'attente ?</p> <p>Une infirmerie, distincte du cabinet médical est-elle présente dans la structure ?</p> <p>Les matériels de pesée (chaises, plateforme de pesée, peson...) sont-ils vérifiés régulièrement ? L.5212-1 CSP</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>L'établissement ne dispose pas d'un cabinet médical distinct de l'infirmierie. [REDACTED] [REDACTED] réalise ses consultations [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmierie</p> <p>Une infirmierie de 2 ou 3 chambres est-elle présente sur la structure ?</p> <p>En présence d'internat, l'infirmierie dispose-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une pièce pour la toilette des jeunes malades ; <p>L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?</p>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>L'infirmierie dispose d'une table d'examen ainsi que d'une chambre dans une pièce dans le prolongement de l'infirmierie, équipée d'un lit.</p> <p>Une salle de douche avec des sanitaires est présente dans l'infirmierie mais non utilisée.</p> <p>[REDACTED]</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p>3.10.5. La prise en charge en rééducation</p> <p>La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ?</p>	Oui	L'établissement dispose d'une salle pour les séances de psychomotricité.
3.8 Champ thérapeutique	<p>3.10.6. Les prescriptions médicales</p> <p>Les traitements administrés au sein de la structure sont-ils prescrits par un médecin attaché à l'institut ou extérieur ?</p> <p>Le médecin de l'institut retranscrit-il des prescriptions des médecins extérieurs dans le dossier de soins ?</p> <p>Les prescriptions sont-elles conformes en comportant les données actualisées suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de la prescription 	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Les prescriptions sont réalisées par [REDACTED] et/ou [REDACTED] notamment, et renouvelées par [REDACTED] de la structure.</p> <p>Les prescriptions ne sont pas retranscrites dans les dossiers de soins informatisés des usagers dans le logiciel [REDACTED] ni par [REDACTED]. Aussi, [REDACTED] ne réalise pas ses renouvellements d'ordonnance directement dans [REDACTED].</p> <p>La mission n'a pas constaté non plus la présence systématique des prescriptions dans les dossiers de soins en version papier.</p> <p>Remarque 45 : En ne renseignant pas de manière systématique les prescriptions dans les dossiers de soins des usagers, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques décrites dans le référentiel de certification de la HAS « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse ».</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<ul style="list-style-type: none"> - Nom, qualité et signature du prescripteur - Dénomination, posologie, durée et voie d'administration - Dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - Respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois) 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p>	
	Sur les ordonnances, la nécessité d'un auxiliaire médical est-elle indiquée pour les soins/actes ne relevant pas de la vie courante ?	Non	
3.8 Champ thérapeutique	<p>3.10.7. <u>Les prescriptions de rééducation</u></p> <p>Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ?</p>	Partiellement	<p>La mission n'a pas pu constater, sur la base des éléments transmis et des entretiens réalisés, que les [REDACTED] étaient systématiquement prescrits.</p> <p>Écart 56 : En n'apportant pas la preuve de la prescription [REDACTED] réalisés, l'établissement contrevient à l'article L. 4332-1 du CSP.</p>
	<p>3.10.8. <u>Le dossier de liaison d'urgence (DLU)</u></p> <p>Y-a-t-il un DLU pour chaque jeune ?</p> <p>Quelle est la procédure de leur actualisation ?</p> <p>Où sont-ils stockés ?</p> <p>Sont-ils accessibles par les soignants 24h/24 ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les DLU sont complétés manuscritement en version papier et mis à jour en fonction des évolutions, sans qu'une procédure d'actualisation ne soit formalisée. La mission a été informée qu'une démarche de dématérialisation de l'édition des DLU était en cours, ayant pour but de faciliter leur actualisation, sans pour autant que la date prévue de mise en œuvre ait été communiquée.</p> <p>Écart 57 : En ne formalisant pas de procédure d'actualisation des DLU et en ne dématérialisant pas leur remplissage et leur actualisation, l'établissement ne permet pas une transmission efficace des informations nécessaires à la continuité des soins en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 1110-1 du CSP.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>
3.8 Champ thérapeutique	3.10.9. <u>Le registre de l'état sanitaire</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	<p>3.10.10. <u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u></p> <p>Le défibrillateur automatisé externe est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présent au sein de la structure ? - Accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires, claire et visible ? - Accessible par tous ? 	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le défibrillateur est dans la salle du personnel, qui est une salle fermée à clé. De ce fait, le défibrillateur n'est pas accessible à tous (notamment aux visiteurs) ni facile d'accès.</p> <p>Remarque 46 : En ne plaçant pas le défibrillateur automatisé externe dans un emplacement visible du public et en permanence facile d'accès, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 157-2 du code de la construction et de l'habitation.</p>
	<p>3.10.11. <u>La trousse d'urgence</u></p> <p>La trousse d'urgence principale est-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stockée dans un endroit sécurisé ? - Accessible par les professionnels ? - Scellée ? - Vérifiée périodiquement ? - La vérification est-elle tracée ? - Permet-elle la prise en charge de toute situation d'urgence dans l'attente des secours ? <p>La (les) trousse(s) de premiers secours sont-elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stockée(s) dans un endroit sécurisé ? 	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>mais celle-ci n'est pas utilisée, ni complète, ni vérifiée périodiquement avec une traçabilité.</p> <p>Écart 58 : En ne disposant pas d'une trousse d'urgence principale complète et vérifiée périodiquement de manière tracée, l'établissement ne permet pas la prise en charge de toute situation d'urgence dans l'attente des secours, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 (1°) du CASF.</p> <p>Une trousse de secours utilisée pour les sorties est stockée [redacted] Il existe également des trousses de secours nominatives pour certaines jeunes (notamment pour les allergies),</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			Écart 59 : En ne disposant pas de protocoles de gestion des urgences, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente des professionnels aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des usagers et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
	- De crise d'épilepsie ?	Non	Cf. point 3.11.16
	- D'épisode douloureux ?	Non	La mission a été informée de l'absence d'un protocole d'évaluation de la douleur et de prise en charge de la douleur adapté aux spécificités du public accompagné, notamment aux enfants et adolescents ayant des limitations dans la parole et/ou le langage, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS de 2017 « Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux ».
			Écart 60 : En l'absence de protocole relatif au repérage et à la prise en charge de la douleur adapté aux spécificités du public accompagné, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 1112-4 du CSP.
	Les professionnels connaissent-ils ces procédures et protocoles ?	Partiellement	
	Les professionnels savent-ils où ils sont mis à disposition ?	Partiellement	
	3.10.13. <u>Prise en charge des usagers atteints de troubles de spectre de l'autisme (TSA) et troubles du neuro-développement (TND)</u>		
	Les habitudes de vie et les éléments déclencheurs de comportements défis sont-ils recensés dans des fiches individuelles ?	Partiellement	Dans les classeurs de l'internat, la mission d'inspection a pu constater la présence, non systématique, de fiches individuelles présentant les enfants et leur profil.
	Ces fiches sont-elles intégrées dans le PAI ?	Partiellement	
	Les méthodes de prise en charge des TSA et TND respectent-elles les recommandations de la HAS ?	Partiellement	L'IDE a bénéficié d'une formation de [REDACTED]
			La mission a cependant constaté un manque global de formation au TSA de toutes les équipes de l'établissement.
	Les méthodes de prise en charge des TSA et TND non recommandées par la HAS ne sont pas utilisées ?	Oui	L'utilisation dans l'établissement de méthodes non recommandées par la HAS n'a pas été portée à la connaissance de la mission.
	3.10.14. <u>Prise en charge d'une crise d'épilepsie</u>		
	Quels sont les médicaments utilisés dans l'établissement lors d'une crise d'épilepsie ?		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Des protocoles cadrent-ils l'utilisation et l'administration des médicaments dédiés au traitement d'une crise d'épilepsie ?	Non	Sur la base des entretiens réalisés, aucun usager actuel de l'établissement n'est épileptique. Cependant, la mission n'a pas été informée de l'existence d'un protocole adapté à la prise en charge des crises d'épilepsie, ce qui, en cas de nouvelle admission d'un usager épileptique, ne pourrait pas garantir sa prise en charge sécurisée. Cf. point 3.11.14.
	Les professionnels sont-ils formés à leur utilisation ? A quelle fréquence ?	Non	

3.11. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	3.11.1. <u>La procédure du circuit du médicament</u> Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?	Partiellement	<p>Il existe une procédure de distribution du médicament datant de 2022 mais celle-ci n'est pas conforme, concernant notamment la délégation de la distribution des médicaments et le rôle de [REDACTED].</p> <p>Il est indiqué que toute administration nécessaire non prévue doit être validée par [REDACTED] selon la situation en présence or, [REDACTED] n'est pas habilitée à valider l'administration non prévue de traitements, sauf si des protocoles de « si besoin » individuels sont prescrits par [REDACTED].</p> <p>[REDACTED] est par ailleurs amené à administrer des médicaments, alors qu'il n'est pas habilité à le faire. Cf. point 3.11.2 et point 3.12.14.</p> <p>Écart 61 : En ne disposant pas d'un protocole de circuit du médicament conforme, l'établissement ne permet pas une gestion adaptée des médicaments au sein de la structure notamment en l'absence de l'IDE, et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.</p> <p>L'IME dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine située à [REDACTED] signée le 1^{er} décembre 2023.</p>
3.8 Champ thérapeutique	3.11.2. <u>Communication avec la pharmacie</u>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quels sont les moyens de transmission : <ul style="list-style-type: none"> - Des ordonnances de l'établissement vers l'officine ; - Des conseils thérapeutiques de l'officine ; - Des observations entre l'établissement et l'officine. 		Les ordonnances sont transmises par mail à la pharmacie. [redacted] échange avec la pharmacie par téléphone. [redacted] échange avec la pharmacie par téléphone.
3.8 Champ thérapeutique	3.11.3. Les stupéfiants Existe-t-il un coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé ?	Oui	[redacted]
3.8 Champ thérapeutique	3.11.4. Les médicaments Y a-t-il un stock de médicaments pour besoins urgents ? Si oui, le stock de médicaments pour besoin urgent est-il : <ul style="list-style-type: none"> - Stocké dans un local ou une armoire fermée à clé et dédié à cet usage ? - Régulièrement vérifié ? La gestion et la vérification de la préparation à la distribution sont réalisées par l'IDE ? La préparation des piluliers est réalisée par : <ul style="list-style-type: none"> - L'officine en pharmacie (Préparation des doses à administrer (PDA)) ; - Les IDE de la structure ; - Les familles ? S'appuie-t-elle sur les dernières ordonnances en cours de validité ? La livraison des piluliers :	Oui Oui Non Oui Oui Non Oui	Une fiche de suivi du stock de médicaments pour besoin urgent est [redacted] mais la mission a constaté que cette fiche n'était pas utilisée à la date de l'inspection (la date de péremption la plus récente complétée est le 11/2022). La mission n'a néanmoins pas trouvé de médicaments périmés dans le stock. <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> Écart 62 : En n'assurant pas la traçabilité du suivi du stock de médicaments pour besoin urgent, l'établissement ne peut garantir systématiquement une réaction sécurisée aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des usagers et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF. </div> Les familles peuvent fournir les médicaments prescrits en ville, mais ne préparent pas les pilluliers.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Est-elle Hebdomadaire ? - Les contenants sont-ils scellés ? <p>La préparation des médicaments hors pilulier (sous forme de gouttes, flacons multidoses) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est réalisée par l'IDE ? - Utilise des contenants adaptés avec identification du jeune si prise ultérieure ? - Est réalisée juste avant l'administration ? <p>Prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ?</p> <p>Réalisé selon les RBPP (1 médicament à la fois et dans des contenants séparés) ?</p> <p>Quels sont les professionnels qui participent à l'aide à la prise des médicaments ?</p> <p>La délégation de la distribution des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est procédurée ; <p>Est réalisée par des professionnels :</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>La pharmacie livre les médicaments sous forme de rouleaux [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] prépare des verres nominatifs pour les gouttes orales [REDACTED]</p> <p>Pour les traitements du matin, [REDACTED] prépare les médicaments hors pilluliers dont les gouttes, et les administre juste après.</p> <p>En revanche les traitements du soir sont préparés [REDACTED] puis [REDACTED]. Ils sont ensuite administrés le soir par [REDACTED] qui tracent l'administration sur des feuilles d'épargne papier.</p> <p>Plusieurs professionnels de l'établissement participent à l'aide à la prise des médicaments : [REDACTED]</p> <p>Lors des entretiens réalisés, il n'a pas été porté à la connaissance de la mission l'existence d'un protocole de soins relatif à la distribution des traitements à destination des professionnels participant à l'aide à la prise. Aucun protocole de ce type n'a par ailleurs été transmis à l'issue de l'inspection.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 63 : En ne disposant pas de protocole de soins relatif à l'aide à la prise des médicaments à destination des professionnels y participant, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 313-26 du CASF.</p> </div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> Réglementairement autorisés <u>en présence de l'IDE</u> : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES (AMP, AVS) Réglementairement autorisés <u>en l'absence de l'IDE</u> : aide-soignant, auxiliaire de puériculture. 	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>En présence de [REDACTED] il n'y a pas de délégation de la distribution des médicaments.</p> <p>En l'absence de [REDACTED], sont amenés à administrer les médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> [REDACTED] [REDACTED] <p>Écart 64 : En confiant en dehors de la présence de [REDACTED] la distribution des traitements, en tant que soins courants de la vie quotidienne, à des professionnels non réglementairement autorisés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 4311-4 du CSP.</p> <p>Non</p> <p>La formation et l'habilitation des professionnels est recommandée pour les traitements pouvant présenter des difficultés particulières d'administration.</p> <p>Les professionnels sont amenés à administrer des traitements en « si besoin », ou faisant l'objet de protocoles individualisés, qui sont des médicaments avec précaution d'emploi pour lesquels une habilitation du professionnel est donc recommandée, cf. fiche pratique d'aide à la prise en ESMS handicap élaborée par l'OMEDIT IDF.</p> <p>La mission n'a pas été informée ni n'a pu constater dans les documents transmis la formation des équipes à l'administration des traitements.</p> <p>Remarque 47 : En ne formant ni n'habilitant pas les professionnels amenés à effectuer l'aide à la prise de traitements, notamment les « si besoin », l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques en termes de sécurisation de l'aide à la prise.</p> <p>Oui</p> <p>En l'absence de [REDACTED]</p> <p>Les médicaments en format multidoses tels que les gouttes sont préparés au préalable par [REDACTED]</p> <p>Oui</p> <p>Sur la base des entretiens réalisés, l'administration des traitements par [REDACTED] se fait sur la base des dernières prescriptions en format papier, en l'absence de saisie des ordonnances dans [REDACTED]</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Formés et habilités nominativement par l'IDE ? 	<p>Non</p>	<p>La formation et l'habilitation des professionnels est recommandée pour les traitements pouvant présenter des difficultés particulières d'administration.</p> <p>Les professionnels sont amenés à administrer des traitements en « si besoin », ou faisant l'objet de protocoles individualisés, qui sont des médicaments avec précaution d'emploi pour lesquels une habilitation du professionnel est donc recommandée, cf. fiche pratique d'aide à la prise en ESMS handicap élaborée par l'OMEDIT IDF.</p> <p>La mission n'a pas été informée ni n'a pu constater dans les documents transmis la formation des équipes à l'administration des traitements.</p> <p>Remarque 47 : En ne formant ni n'habilitant pas les professionnels amenés à effectuer l'aide à la prise de traitements, notamment les « si besoin », l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques en termes de sécurisation de l'aide à la prise.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Ne concerne pas les médicaments en format multidoses, en goutte orale ou en injectable ? <p>La traçabilité de l'administration des médicaments par l'IDE ou par délégation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Se fait-elle en s'appuyant sur l'ordonnance ? 	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>En l'absence de [REDACTED]</p> <p>Les médicaments en format multidoses tels que les gouttes sont préparés au préalable par [REDACTED]</p> <p>Sur la base des entretiens réalisés, l'administration des traitements par [REDACTED] se fait sur la base des dernières prescriptions en format papier, en l'absence de saisie des ordonnances dans [REDACTED]</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>- Est-elle tracée (y compris la non-administration avec motif) ?</p> <p>• En temps réel ?</p> <p>L'administration de médicaments psychotrope sur prescription conditionnelle ou "si besoin" fait-elle l'objet d'une procédure ?</p> <p>L'identitovigilance est présente tout au long du circuit du médicament par :</p> <p>- L'identification du médicament et de son dosage jusqu' à l'administration ?</p> <p>- L'identification du bon usager ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>En l'absence de retranscription des ordonnances dans le logiciel [REDACTED] la traçabilité de l'administration des médicaments est assurée sur format papier. Pour les professionnels participant à l'aide à la prise, ils doivent également renseigner une fiche d'émargement papier présente dans les bureaux des éducateurs de l'internat.</p> <p>Lors des entretiens réalisés, il a été remonté à la mission le constat qu'une traçabilité informatisée de l'administration via le logiciel [REDACTED] serait plus efficace pour garantir la sécurité de la prise en charge des usagers.</p> <p>Remarque 48 : En ne traçant pas de manière systématique l'administration ou la non-administration des médicaments dans les dossiers de soins informatisés de chaque enfant, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques décrites dans le référentiel de certification de la HAS « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse ».</p> <p>Lors des entretiens réalisés, il a été porté à la connaissance de la mission l'existence d'un protocole d'administration des « si besoins », toutefois, ces protocoles n'ont pas été consultés ni transmis à la mission à l'issue de l'inspection.</p> <p>Écart 65 : En ne disposant pas d'une procédure pour l'administration des médicaments psychotropes sur prescription conditionnelle ou "si besoin", l'établissement ne peut garantir la bonne connaissance par les professionnels des conditions d'administration de ces médicaments, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p> <p>Les noms et prénoms des usagers sont inscrits sur les piluliers ainsi que sur les verres préparés par [REDACTED]</p> <p>Toutefois, il n'y a pas de photo des usagers sur les piluliers, ou autre mode d'identification pour les enfants et adolescents ayant des limitations dans la parole et/ou le langage notamment, conformément aux recommandations de bonnes pratiques en termes d'identitovigilance.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le stockage des médicaments se fait dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des armoires sécurisées ; <p>Des chariots à médicaments sécurisés ?</p> <p>Les médicaments hors piluliers sont-ils stockés de manière sécurisée dans les armoires et dans les chariots de médicaments ?</p> <p>Les flacons multidoses ouvert présentent-ils le marquage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du nom de l'utilisateur ? - De la date d'ouverture <p>De la date limite de conservation après ouverture ?</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Remarque 49 : En ne définissant pas de mode d'identification (tel que des photos), autre que le nom et prénom sur les piluliers pour les usagers ayant des limitations dans la parole et/ou le langage, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques décrites dans le référentiel de certification de la HAS « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse » en termes d'identitovigilance.</p> <p>Les médicaments sont stockés [redacted] et également dans [redacted]. Ces armoires sont [redacted].</p> <p>Cependant, la mission a constaté par le biais de transmissions datant de juin 2025 sur [redacted] que [redacted] ce qui ne garantit pas la sécurité du stockage d'une partie des médicaments.</p> <p>Écart 66 : En ne sécurisant pas de manière systématique l'accès aux médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R. 4312-39 et R. 5126-109 du CSP.</p> <p>Pas d'utilisation de chariot de médicaments, [redacted]. Elle assure la distribution des traitements à l'aide d'un plateau.</p> <p>La mission a constaté que les dates d'ouverture des flacons multidoses n'étaient pas systématiquement inscrites sur ces derniers.</p> <p>Écart 67 : En n'inscrivant pas de manière systématique sur les flacons multidoses leur date d'ouverture, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques relatives à la préparation des médicaments ce qui entraîne un risque pour la sécurité des usagers, contrevenant aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les dates de péremption des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ?</p> <p>L'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle est dédiée aux médicaments ? - Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) ? 	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La mission n'a pas trouvé de médicaments périmés dans le stock de médicaments.</p>
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p>3.11.5. <u>La préparation des médicaments pour les sorties à l'extérieur</u></p> <p>Existe-t-il une procédure relative à la préparation des traitements en cas de sortie à l'extérieur (sortie à la journée, séjour thérapeutique, séjour dans la famille pour les vacances ou week-end ...) ?</p> <p>Lors d'une sortie, les médicaments individuels mentionné dans les protocoles de soins individualisés (en cas de crise allergique, épileptique, asthmatique, ...) de chaque usager concerné sont-ils ajoutés à la trousse de secours ?</p> <p>Qui prépare les traitements pour les sorties à l'extérieur ?</p> <p>Les professionnels encadrant les sorties institutionnelles sont-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formés à l'administration de ces médicaments spécifiques ? <p>Connaissent-ils les protocoles relatifs à l'utilisation de ces médicaments ?</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>Concernant les sorties extérieures, [REDACTED] prépare les traitements individuels et fournit la trousse de secours stockée dans l'infirmerie, mais aucun protocole n'est formalisé.</p> <p>Des trousse de secours personnalisées nominatives contenant les traitements individuels à emmener lors des sorties sont stockées [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] prépare les traitements individuels et assure le suivi du contenu de la trousse de secours.</p> <p>Au vu de l'inspection sur site et des éléments transmis à l'issue de l'inspection, la mission n'a pas pu constater que les professionnels encadrant les sorties étaient formés à l'administration des médicaments à administrer via des protocoles individualisés (crise allergique, asthmatique...).</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 68 : En ne formant pas les professionnels encadrant les sorties extérieures à l'administration des médicaments prescrits via des protocoles individualisés, l'établissement ne peut garantir la bonne connaissance par ces professionnels des conditions et des modes d'administration de ces médicaments en cas d'urgence, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.</p> </div> <p>Des informations relatives à l'administration des traitements individuels sont rangées dans les trousse de secours nominatives contenant ces traitements.</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u> La structure est-elle proche de moyens de transport ?	Oui	L'établissement est accessible via les transports en commun. Il se situe à proximité immédiate de la station de tramway T6 « Centre de Châtillon » ainsi qu'à 20mn à pied de la station de métro 13 « Châtillon Montrouge ».
	L'environnement extérieur de la structure est-il sécurisant ? (Environnement à risque)	Oui	L'établissement se situe dans un quartier résidentiel. La mission d'inspection n'a pas constaté de risque dans l'environnement direct de l'établissement.
4.1. Environnement	4.1.2. <u>L'insertion de la structure dans la population locale</u> Des actions sont-elles mises en œuvre pour favoriser la médiation et l'insertion de la structure dans la population locale et dans l'environnement immédiat ?	Partiellement	La mission d'inspection n'a pas eu connaissance d'actions spécifique de l'établissement visant à favoriser l'insertion de la structure dans la population locale. Ce point a été mentionné lors des entretiens comme un axe d'amélioration pour l'établissement.

4.2. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	4.2.1. <u>Les conventions et partenariats</u> La structure a-t-elle passé des conventions avec : - Un ou des établissements de santé ayant :		La mission d'inspection n'a pas été destinataire de convention avec un ou des établissements de santé.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			Il a été remonté à la mission lors des entretiens le souhait des équipes de pouvoir formaliser des partenariats avec des services hospitaliers de pédopsychiatrie, pour pallier l'absence de pédopsychiatre salarié, ainsi que de pédopsychiatre de ville.
			Écart 69 : En ne disposant pas d'une convention passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 312-7, D. 312-66 et D. 312-88 du CASF.
	<ul style="list-style-type: none"> • Un service d'urgence 	Non	
	<ul style="list-style-type: none"> • Des activités de psychiatrie infanto-juvénile ; 	Non	
	- Un ou des centres d'action médico-sociale précoce ;	Non	
	- Un ou des centres médico-psychopédagogiques ;	Non	
	- Un ou des centres de ressources ;	Non	
	La structure a-t-elle passé des conventions avec :		La mission d'inspection n'a pas été destinataire de convention avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste.
			Remarque 50 : En ne disposant pas de convention avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.
	- Un oto-rhino-laryngologiste	Non	
	- Un dentiste ou un stomatologiste	Non	
	La structure a-t-elle passé des conventions avec :		La mission d'inspection n'a pas été destinataire de convention avec un laboratoire d'analyse médicale ou un centre de radiologie.
	- Un laboratoire d'analyse médicale	Non	Remarque 51 : En ne disposant pas de convention avec un laboratoire d'analyse médicale ou un centre de radiologie, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques.
	- Un centre de radiologie	Non	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La structure a-t-elle signé des conventions avec les professionnels libéraux ?	Oui	La structure a signé des conventions avec [redacted] ont signé des conventions et accompagnent [redacted] usagers de l'établissement.
	Une convention a-t-elle été signée entre la structure et une officine en pharmacie ?	Oui	Cf. point 3.12.2
	La convention signée entre la structure et une officine de pharmacie mentionne-t-elle :		
	- Si la préparation des doses à administrées (PDA) est assurée par la pharmacie, une livraison des piluliers pour une durée maximale de 7 jours ?	Oui	
	- La commande de médicaments en urgence ?	Oui	
	- La gestion des stupéfiants (prescription, livraison, traçabilité et contrôle du stock) ?	Oui	
	- La vérification des médicaments stockés dans la structure sous la responsabilité du pharmacien sur site ?	Oui	
	- La dotation en médicaments pour soins urgents fait-elle l'objet d'une liste formalisée ?	Oui	
	- Les modalités de retour et d'élimination des médicaments ?	Oui	
	L'institut est-il ouvert à et sur son environnement (d'autres ESSMS, ...)	Oui	L'établissement dispose également d'un SESSAD et entretient des liens réguliers avec les autres établissements médico-sociaux du département gérés par l'organisme gestionnaire.
			Il a également été indiqué à la mission d'inspection lors des entretiens que l'établissement a des liens réguliers avec les acteurs de l'Aide sociale à l'enfance, de l'Education Nationale, et avec diverses associations.
	L'institut a-t-il des conventions avec des acteurs de droit commun (culturels et sportifs, CCAS, services de l'emploi, entreprise, etc.) ?	Non	La mission d'inspection n'a pas été destinataire de conventions avec des acteurs de droit commun.
			Toutefois, lors des entretiens, il a été indiqué à la mission d'inspection que des conventions avec divers établissements culturels et sportifs [redacted] avaient été signées.

5. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	En communiquant sous le nom d'IMP Le Cèdre, l'établissement contrevient à son arrêté d'autorisation n°2019-64 du 11 mars 2019 et aux dispositions du décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), et plus particulièrement à l'article D. 312-0-1 du CASF issu de ce décret.	15
<u>Écart 2 :</u>	En accueillant ■■■ personnes le jour de l'inspection, dont ■■■ en hébergement séquentiel et un en externat, l'établissement ne respecte pas la capacité définie par l'arrêté d'autorisation n°2014-8 en date du 24 janvier 2014, ni les stipulations du CPOM fixant une cible de taux d'occupation à ■■■■ pour les établissements.	16
<u>Écart 3 :</u>	L'IME prend en charge des enfants de façon plus restrictive que son agrément sur les critères du sexe et de l'âge, contrevenant à son arrêté d'autorisation n°2019-64 du 11 mars 2019 et aux dispositions du décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).	17
<u>Écart 4 :</u>	En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	19
<u>Écart 5 :</u>	Malgré la caducité du projet d'établissement depuis plus de deux ans, ■■■■■ n'a pas mené les actions nécessaires ni à son évaluation, ni à sa réécriture, contrevenant aux dispositions de l'article L. 315-17 du CASF.	19
<u>Écart 6 :</u>	En n'affichant pas le projet d'établissement dans les locaux de l'IME, la structure contrevient à l'article D. 311-38-4 du CASF.	20
<u>Écart 7 :</u>	Faute de diffusion, le projet d'établissement n'est pas connu par les professionnels et les personnes accompagnées, ce qui ne respecte pas l'article D. 311-38-4 du CASF.	20
<u>Écart 8 :</u>	En ne détaillant pas suffisamment les modalités de coordination et de coopération de l'établissement dans les champ éducatif et thérapeutique et en disposant pas dans son projet d'établissement d'un volet détaillé prévention et lutte contre la maltraitance, l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles L. 311-8 et D. 311-38-3 du CASF.	21
<u>Écart 9 :</u>	En ne prévoyant pas un emploi du temps équilibré des enfants ou des adolescents, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 312-38 du CASF.	22
<u>Écart 10 :</u>	En ayant adopté le règlement de fonctionnement sans consultation du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.	22
<u>Écart 11 :</u>	En ne remettant pas le règlement de fonctionnement à chaque personnel, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-4 al 3 et R. 311-34 du CASF.	23
<u>Écart 12 :</u>	En ne respectant pas l'affichage du règlement de fonctionnement au sein de l'établissement, celui-ci contrevient aux dispositions de l'article R. 311-34 du CASF.	23
<u>Écart 13 :</u>	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-36 du CASF.	23
<u>Écart 14 :</u>	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les mesures concernant les mineurs protégés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-37 du CASF.	24

<u>Écart 15 :</u>	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les dispositions sur les vacances et visites et retours en famille, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-38 du CASF.	24
<u>Écart 16 :</u>	En l'absence de mise à jour de l'organigramme, l'établissement ne permet pas d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de la circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.	24
<u>Écart 17 :</u>	En ne disposant pas d'un DUD à jour de la nouvelle structuration de l'association gestionnaire, mentionnant [REDACTED] l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-176-5 du CASF.	27
<u>Écart 18 :</u>	Les risques psychosociaux identifiés au sein de la structure, le mal-être au travail exprimé par certain nombre de professionnels et les signes de fatigue professionnelle de l'équipe ne permettent pas d'assurer un accompagnement de qualité des enfants et adolescents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS.	30
<u>Écart 19 :</u>	En n'affichant pas le règlement de fonctionnement au sein de l'établissement, la structure contrevient aux dispositions de l'article R. 311-34 du CASF.	31
<u>Écart 20 :</u>	En n'affichant pas l'arrêté de dotation global, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-4 du CASF.	31
<u>Écart 21 :</u>	En n'instituant pas de CVS pendant plus d'un an au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions des articles L. 311-6 et D. 311-3 du CASF.	32
<u>Écart 22 :</u>	En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	32
<u>Écart 23 :</u>	En ne disposant pas d'un relevé de conclusions de chaque séance, signé par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	32
<u>Écart 24 :</u>	En ne permettant pas la consultation, sur place, des relevés de décisions, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-32-1 du CASF.	32
<u>Écart 25 :</u>	En ne comprenant pas un représentant de l'organisme gestionnaire dans la composition du conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.	33
<u>Écart 26 :</u>	L'absence de réalisation d'une évaluation de la qualité externe dans un délai de cinq ans à compter de la dernière réalisée contrevient à l'article D. 312-204 du CASF.	36
<u>Écart 27 :</u>	En ne mettant pas en œuvre une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, la structure contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-3 du CASF.	36
<u>Écart 28 :</u>	En ne formant pas systématiquement les professionnels à la thématique de la prévention de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 311-38-3 du CASF.	37
<u>Écart 29 :</u>	En l'absence de politique spécifique et de procédure formalisée, la mission ne peut pas conclure avec certitude que les sanctions corporelles sont interdites au sein de l'établissement, ce qui contrevient à l'article D. 312-39 (3 ^e alinéa) du CASF.	37
<u>Écart 30 :</u>	En n'informant pas les personnels de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 313-24 du CASF.	42
<u>Écart 31 :</u>	En ne disposant pas [REDACTED], l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-21 du CASF.	46

<u>Écart 32 :</u>	Le temps de présence du [REDACTED] est équivoque et dans tous les cas insuffisant pour assurer un accompagnement optimal des résidents, ce qui induit des glissements de tâche au sein de l'établissement, et ce qui porte une atteinte grave à la sécurité des enfants accueillis et à un accompagnement qualitatif, contrevenant aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	47
<u>Écart 33 :</u>	Le temps de présence [REDACTED] à l'IME le Cèdre est insuffisant pour assurer un accompagnement optimal des résidents, ce qui induit des glissements de tâche au sein de l'établissement (cf. point 2.1.17), déléguées de plus à des professionnels non qualifiés, et ce qui porte une atteinte grave à la sécurité des enfants accueillis et à un accompagnement qualitatif, contrevenant aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	47
<u>Écart 34 :</u>	Le recours massif aux CDD, avec un personnel peu qualifié, ne permet pas de garantir la sécurité des usagers et une prise en charge de qualité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-1 du CASF.	49
<u>Écart 35 :</u>	En ne vérifiant pas si les salariés temporaires disposent d'une expérience professionnelle dans le secteur médico-social antérieure à l'intérim, l'établissement contrevient aux dispositions fixées par L. 313-23-4 du CASF.	50
<u>Écart 36 :</u>	En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir des prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article D. 451-88 et D. 451-88 du CASF.	51
<u>Écart 37 :</u>	En l'absence de vérification de l'inscription de [REDACTED] l'établissement contrevient à l'article L. 4311-15 du CSP.	51
<u>Écart 38 :</u>	En l'absence d'attestation de vérification des bulletins de casier judiciaire des salariés, la direction de l'IME contrevient à son obligation de contrôle selon les dispositions de l'article L. 133-6 du CASF.	52
<u>Écart 39 :</u>	En confiant en l'absence de [REDACTED] la distribution des traitements (soins courants de la vie quotidienne) à des professionnels non réglementairement autorisés, l'établissement porte atteinte à la continuité et à la sécurité des soins et contrevient donc aux dispositions de l'article R. 4311-4 du CSP et à celles de l'article L. 311-3 (1°) du CASF.	59
<u>Écart 40 :</u>	En n'assurant pas un stockage sécurisé des informations médicales concernant les résidents permettant de garantir la confidentialité de ces informations, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et de l'article L. 1110-4 du CSP.	61
<u>Écart 41 :</u>	L'incomplétude des dossiers administratifs, notamment due à la multiplicité des supports contrevient aux dispositions de l'article D. 312-37 du CASF.	61
<u>Écart 42 :</u>	En n'assurant pas la traçabilité systématique des interventions des professionnels de soins dans les dossiers médicaux et de soins des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-37 du CASF relatif au dossier de l'enfant ou adolescent (notamment au 8° et 9° relatifs au compte rendu de la surveillance régulière et aux certificats médicaux et résultats d'examen cliniques pratiqués à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement) et également aux dispositions de l'article L. 1111-7 du CSP relatif à l'accès des personnes à l'ensemble des informations concernant leur santé.	62
<u>Écart 43 :</u>	En n'assurant pas la traçabilité de la vaccination dans les dossiers de l'ensemble des usagers, l'établissement ne peut garantir le respect des dispositions de l'article D. 312-36 du CASF.	74
<u>Écart 44 :</u>	En l'absence de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux, l'IME n'est pas en capacité de proposer un accompagnement thérapeutique adapté, contrevenant aux dispositions de l'article D. 312-12 2° et 3° du CASF.	80
<u>Écart 45 :</u>	En l'absence [REDACTED], l'IME n'est pas en capacité de proposer un accompagnement pédagogique adapté, contrevenant aux dispositions d'article D. 312-12 4° a) du CASF.	80

<u>Écart 46 :</u>	En n'assurant pas un accompagnement à l'insertion sociale et professionnel pendant les trois ans suivant la sortie de la personne accompagnée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-18 du CASF.	83
<u>Écart 47 :</u>	En ne réévaluant pas systématiquement a minima annuellement le projet d'accompagnement individualisé de chaque personne accompagnée, l'établissement ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques et contrevient aux dispositions de l'article D. 312-14 du CASF.	84
<u>Écart 48 :</u>	Si la famille est associée à l'élaboration du PIA et reçoit chaque année un bilan pluridisciplinaire, il est constaté que la communication entre [REDACTED] de l'enfant et la famille n'est pas assez régulière, et que les familles ne reçoivent pas toujours tous les semestres des informations détaillées sur l'évolution de leur enfant. De ce fait, la structure ne respecte pas entièrement les dispositions de l'article D. 312-14 du CASF.	85
<u>Écart 49 :</u>	En ne donnant pas un accès précis à l'information sur les voies de recours aux usagers et à leurs familles, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-3 alinéa 6 et L. 311-5 du CASF.	86
<u>Écart 50 :</u>	En ne disposant pas d'un protocole détaillé et spécifique à la mise sous contention, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	86
<u>Écart 51 :</u>	En ne mettant pas en place une surveillance de nuit adaptée au public accueilli et à la configuration de l'établissement, l'IME ne respecte pas l'article D. 312-40 alinéa 3 du CASF.	89
<u>Écart 52 :</u>	En n'incluant pas dans le projet personnalisé d'accompagnement de chaque usager le projet personnalisé de scolarisation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-10-3 du CASF.	93
<u>Écart 53 :</u>	[REDACTED] n'étant habilité ni à préparer ni à administrer des médicaments, la continuité des soins n'est pas garantie en dehors de la présence de l'infirmière dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 (1°) du CASF.	94
<u>Écart 54 :</u>	En ne désignant pas [REDACTED] parmi ceux mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21 du CASF pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale, l'établissement contrevient à l'article D. 312-22 du CASF.	95
<u>Écart 55 :</u>	En ne réalisant pas de bilan annuel complet pour chaque usager, l'établissement contrevient à l'article D. 312-13 du CASF.	95
<u>Écart 56 :</u>	En n'apportant pas la preuve de la prescription des actes de psychomotricité réalisés, l'établissement contrevient à l'article L. 4332-1 du CSP.	97
<u>Écart 57 :</u>	En ne formalisant pas de procédure d'actualisation des DLU et en ne dématérialisant pas leur remplissage et leur actualisation, l'établissement ne permet pas une transmission efficace des informations nécessaires à la continuité des soins en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 1110-1 du CSP.	97
<u>Écart 58 :</u>	En ne disposant pas d'une trousse d'urgence principale complète et vérifiée périodiquement de manière tracée, l'établissement ne permet pas la prise en charge de toute situation d'urgence dans l'attente des secours, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 (1°) du CASF.	98
<u>Écart 59 :</u>	En ne disposant pas de protocoles de gestion des urgences, l'établissement ne permet pas une réaction efficace des professionnels aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des usagers et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	100
<u>Écart 60 :</u>	En l'absence de protocole relatif au repérage et à la prise en charge de la douleur adapté aux spécificités du public accompagné, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 1112-4 du CSP.	100
<u>Écart 61 :</u>	En ne disposant pas d'un protocole de circuit du médicament conforme, l'établissement ne permet pas une gestion adaptée des médicaments au sein de la structure notamment en l'absence de l'IDE, et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.	101

<u>Écart 62 :</u>	En n'assurant pas la traçabilité du suivi du stock de médicaments pour besoin urgent, l'établissement ne peut garantir systématiquement une réaction sécurisée aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des usagers et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	102
<u>Écart 63 :</u>	En ne disposant pas de protocole de soins relatif à l'aide à la prise des médicaments à destination des professionnels y participant, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 313-26 du CASF.	103
<u>Écart 64 :</u>	En confiant en dehors de la présence de l'IDE la distribution des traitements, en tant que soins courants de la vie quotidienne, à des professionnels non réglementairement autorisés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 4311-4 du CSP.	104
<u>Écart 65 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure pour l'administration des médicaments psychotropes sur prescription conditionnelle ou "si besoin", l'établissement ne peut garantir la bonne connaissance par les professionnels des conditions d'administration de ces médicaments, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	105
<u>Écart 66 :</u>	En ne sécurisant pas de manière systématique l'accès aux médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R. 4312-39 et R. 5126-109 du CSP.	106
<u>Écart 67 :</u>	En n'inscrivant pas de manière systématique sur les flacons multidoses leur date d'ouverture, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques relatives à la préparation des médicaments ce qui entraîne un risque pour la sécurité des usagers, contrevenant aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	106
<u>Écart 68 :</u>	En ne formant pas les professionnels encadrant les sorties extérieures à l'administration des médicaments prescrits via des protocoles individualisés, l'établissement ne peut garantir la bonne connaissance par ces professionnels des conditions et des modes d'administration de ces médicaments en cas d'urgence, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	107
<u>Écart 69 :</u>	En ne disposant pas d'une convention passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 312-7, D. 312-66 et D. 312-88 du CASF.	109

6. Remarques

- Remarque 1 : L'accompagnement au changement des professionnels de l'IME est lacunaire. Ils ne sont pas associés à la dynamique de transformation de l'offre de service de l'IME, ce qui provoque des inquiétudes de leur part sur la réorganisation opérationnelle de l'établissement. 18
- Remarque 2 : Le contenu du projet d'établissement de 2018 est inadapté et non conforme aux recommandations de la HAS. 20
- Remarque 3 : La trame de règlement de fonctionnement de l'association gestionnaire n'a pas été suffisamment retravaillée pour s'adapter à la situation de l'IME Le Cèdre. 22
- Remarque 4 : En ne retranscrivant pas la réalité des liens hiérarchiques et/ou fonctionnels sur l'organigramme, l'établissement peut créer de la confusion dans le fonctionnement et le management des équipes et dans la compréhension des chaînes hiérarchiques. 24
- Remarque 5 : Les différents documents comptables, administratifs et financiers ne permettent pas de quantifier le pourcentage réel d'ETP consacré par [REDACTED] à l'IME. 26
- Remarque 6 : La fiche de poste type [REDACTED] n'est pas personnalisée et ne rend pas compte des missions spécifiques confiées au [REDACTED]. Notamment, elle ne fait aucune mention du partage des missions entre [REDACTED] ce qui rend la répartition des missions entre eux deux difficilement lisible. 26
- Remarque 7 : Les délégations et subdélégations de pouvoir entre [REDACTED] ne sont inscrites pas sur le même document et n'ont pas le même format (allant du simple tableau Excel au document daté et signé par les deux parties), pouvant créer de la confusion dans la compréhension du process général de délégation. 27
- Remarque 8 : Les faibles marges de manœuvre laissées au [REDACTED] dans le document de subdélégation de pouvoir, et notamment concernant les montants d'engagement des dépenses, entravent leur pouvoir de décision et d'action dans la gestion du quotidien de l'établissement. 28
- Remarque 9 : L'absence de plan d'amélioration continue de la qualité ne permet pas de répondre aux attendus en termes de suivi des enjeux qualité au sein de l'établissement. 35
- Remarque 10 : En ne formalisant pas le sujet de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, notamment par une charte de bientraitance spécifique à l'établissement, ce dernier n'est pas en conformité avec les recommandations de l'ANESM et de la HAS. 36
- Remarque 11 : En n'ayant pas réalisé une analyse des risques de maltraitance liés à la population accueillie, l'établissement ne permet pas la prévention de ces risques. 36
- Remarque 12 : En l'absence de référent bientraitance identifié et d'analyse de pratiques, et au regard du turn-over des professionnels et de l'emploi de personnes en contrats d'interim, l'établissement ne réunit pas les conditions nécessaires à l'amélioration continue des prises en charge proposées aux jeunes accueillis. 39
- Remarque 13 : La non-actualisation annuelle systématique des projets individuels et l'absence d'actualisation des dossiers résidents sur [REDACTED] ne permet pas de conclure à la recherche systématique et le respect du consentement de l'utilisateur. 39
- Remarque 14 : La mission n'a pas constaté l'existence de procédures de gestion des « comportements dévifs », de formations proposées à tous sur la thématique ou d'outils permettant une analyse systématique de la situation comme le recommande la HAS, alors même que ces recommandations ont déjà été formulées dans le cadre de l'évaluation interne de l'établissement en 2021. L'absence de ces éléments ne permet pas la bonne compréhension par les professionnels des crises et des moyens d'action pour intervenir. 41

- Remarque 15 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la HAS. 43
- Remarque 16 : La culture de déclaration des EI n'est pas suffisamment répandue au sein de l'établissement pour que l'ensemble des EI, EIG et EIGS soient déclarés par les professionnels, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS. 44
- Remarque 17 : En ne réalisant pas systématiquement un retour aux déclarants sur l'analyse et le suivi de l'EI déclaré ainsi que sur les mesures correctrices mises en œuvre, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS. 45
- Remarque 18 : L'écart important entre le nombre réel d'agent en 2024 [REDACTED], comparé au nombre prévisionnel d'agents [REDACTED] et au nombre réel d'ETP [REDACTED] laisse présumer un grand nombre de personnes recrutées en CDD et un fort turn-over dans la structure. 46
- Remarque 19 : En assimilant des apprentis à des ETP de l'établissement, ce dernier ne respecte pas les obligations fixées par le Code du travail relatives au recours au contrat d'apprentissage. 48
- Remarque 20 : la lettre du 30 décembre 2021 de la ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion et du ministre des solidarités et de la santé vise explicitement à mettre en garde les directeurs d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux quant au recours aux services de certains professionnels paramédicaux, dont les aides-soignants, sous un statut de travailleur indépendant, en faisant valoir l'illégalité de cette situation au regard des dispositions du code de la santé publique et du code du travail et le risque, en cas de contentieux, de requalification des contrats conclus avec ces professionnels en contrat de travail ainsi que de possibles sanctions pénales pour travail dissimulés. Cette mise en garde a été consolidée dans la décision n° 491128 du Conseil d'Etat du 11 février 2025. 49
- Remarque 21 : Les dossiers administratifs des professionnels ne sont que partiellement complétés. 51
- Remarque 22 : En ne formalisant pas de façon précise les missions et responsabilités de chaque professionnel, notamment par des fiches de poste signées par l'employeur et le salarié, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS. 52
- Remarque 23 : En ne disposant pas d'un plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels et en ne permettant pas de façon optimale l'accès à des formations, l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels. 54
- Remarque 24 : En ne proposant pas l'accompagnement systématique par un professionnel référent durant la période d'intégration du nouvel arrivant, l'établissement n'assure pas un accueil de qualité à l'ensemble des professionnels 55
- Remarque 25 : Il existe une grande typologie de réunions institutionnelles de l'association et de la structure. Toutes ne donnent pas lieu à des comptes-rendus. Par ailleurs, les réunions d'équipe de l'IME peuvent se tenir sur des horaires non compatibles avec le planning des agents de service. De fait, la diffusion des informations au sein de la structure et plus généralement de l'association gestionnaire n'est pas optimale. 56
- Remarque 26 : L'absence d'un planning clair et précis permettant d'identifier les professionnels présents sur la journée porte atteinte à une gestion efficiente du personnel. 57
- Remarque 27 : Les fiches de poste type transmises par l'organisme gestionnaire ne sont pas suffisamment précises et n'intègrent notamment pas les horaires de travail. 58
- Remarque 28 : Le registre unique du personnel ne fait pas apparaître la mention de salarié temporaire ni l'entreprise de travail temporaire qui met à disposition ses salariés, ce qui ne respecte par l'article D. 1221-23 du Code du travail. 59
- Remarque 29 : La multiplication des lieux de stockage des dossiers médicaux sans concertation au préalable peut porter atteinte à la sécurité de ces données sensibles. 60

<u>Remarque 30 :</u>	Le manque d'isolation des étages supérieurs ne garantit pas un accueil de qualité des enfants et adolescents, ainsi que des professionnels, sur l'IME.	63
<u>Remarque 31 :</u>	Les pannes fréquentes et de longue durée de l'ascenseur complexifient l'organisation du travail.	67
<u>Remarque 32 :</u>	Les locaux de l'internat pourraient être davantage personnalisés tout comme les chambres de chaque enfant. Les affichages personnels sont peu présents. Le rapport d'évaluation externe réalisé en 2021 faisait état de constat similaire et préconisait des aménagements alliant personnalisation et sécurité pour favoriser l'autonomie.	69
<u>Remarque 33 :</u>	Les locaux pourraient être davantage rangés.	70
<u>Remarque 34 :</u>	Au regard des profils des jeunes accueillis, la mise en place d'un ou plusieurs espaces de retrait au calme pourrait être bénéfique dans le cadre de l'accompagnement proposé. Ils peuvent être utilisés de façon volontaire par les jeunes dans le cadre d'une stratégie éducative préventive ou dans le cadre d'une stratégie de protection en cas de survenue de comportement problème.	70
<u>Remarque 35 :</u>	La volonté de la Direction d'accueillir un public mixte devra conduire à une réflexion sur l'organisation des chambres au sein de l'internat pour respecter la non mixité au-delà de 6 ans.	70
<u>Remarque 36 :</u>	Malgré l'existence d'une procédure d'admission basée sur une trame type mise à disposition par l'association gestionnaire, cette procédure n'est pas suffisamment bien intégrée par les professionnels de l'IME.	76
<u>Remarque 37 :</u>	Il est constaté que la transposition des dossiers papiers des usagers dans les dossiers informatisés n'est pas complète – les dossiers informatisés ne contenant pas, pour la plupart, le contrat de séjour signé. Cette transposition incomplète est source de perte d'informations.	77
<u>Remarque 38 :</u>	La Charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement existent et sont remis à la famille, en revanche ces documents ne sont pas en annexe de la trame de livret transmise à la mission d'inspection.	78
<u>Remarque 39 :</u>	L'IME ne prévoit pas un programme d'activités, et notamment en inclusion, suffisamment étayé sur l'ensemble de la journée.	80
<u>Remarque 40 :</u>	En ne mettant pas tout en œuvre pour assurer les transmissions entre les équipes de jour et de nuit, l'établissement ne permet pas une bonne circulation de l'information.	81
<u>Remarque 41 :</u>	Bien que l'IME ait mis en place un outil numérique pour les transmissions, son utilisation n'est pas systématique et pas acquise par l'ensemble des professionnels, ne permettant pas une circularisation optimale de l'information entre ses professionnels.	82
<u>Remarque 42 :</u>	Le protocole de réorientation des jeunes accueillis n'est pas adapté à la tranche d'âge réelle de l'IME, qui lui permet d'accueillir des enfants et adolescents jusqu'à 20 ans, et les modalités d'information du projet de sortie auprès de la MDPH sont manquantes.	83
<u>Remarque 43 :</u>	Il est constaté que la transposition des dossiers papiers des usagers dans les dossiers informatisés n'est pas complète – les dossiers informatisés ne contenant pas, pour la plupart, le PIA. Cette transposition incomplète est source de perte d'informations.	84
<u>Remarque 44 :</u>	En ne faisant pas de la contention l'objet d'une prescription systématique, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité ».	87
<u>Remarque 45 :</u>	En ne renseignant pas de manière systématique les prescriptions dans les dossiers de soins des usagers, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques décrites dans le référentiel de certification de la HAS « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse ».	96

- Remarque 46 : En ne plaçant pas le défibrillateur automatisé externe dans un emplacement visible du public et en permanence facile d'accès, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 157-2 du code de la construction et de l'habitation. 98
- Remarque 47 : En ne formant ni n'habilitant pas les professionnels amenés à effectuer l'aide à la prise de traitements, notamment les « si besoin », l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques en termes de sécurisation de l'aide à la prise. 104
- Remarque 48 : En ne traçant pas de manière systématique l'administration ou la non-administration des médicaments dans les dossiers de soins informatisés de chaque enfant, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques décrites dans le référentiel de certification de la HAS « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse ». 105
- Remarque 49 : En ne définissant pas de mode d'identification (tel que des photos), autre que le nom et prénom sur les piluliers pour les usagers ayant des limitations dans la parole et/ou le langage, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques décrites dans le référentiel de certification de la HAS « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse » en termes d'identitovigilance. 106
- Remarque 50 : En ne disposant pas de convention avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS. 109
- Remarque 51 : En ne disposant pas de convention avec un laboratoire d'analyse médicale ou un centre de radiologie, l'établissement contrevient aux recommandations de bonnes pratiques. 109

7. Conclusion

Le contrôle sur place de l'IME Le Cèdre, géré par l'UNAPEI 92 a été réalisé à compter du 24 juin 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

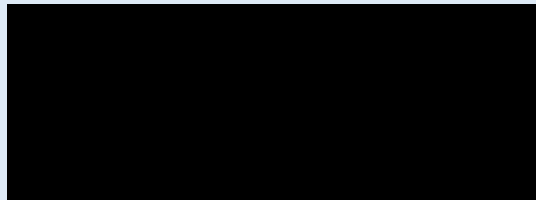
La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi que des dysfonctionnements majeurs notamment dans les domaines suivants :

Thèmes et sous-Thèmes IGAS	Points fort	Points à améliorer
1. Gouvernance		
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	Le CPOM signé L'engagement dans la transformation de l'offre	Le taux d'occupation La dénomination de la structure Le profil de la population accueillie
1.2 Management et stratégie	La présence d'une équipe de direction investie L'organisation des astreintes	Le projet d'établissement La mise à jour de l'organigramme Les délégations de pouvoir Le climat social Le soutien de l'organisme gestionnaire La stabilité de la gouvernance
1.3 Animation et fonctionnement des instances		La tenue des réunions de CVS
1.4 Gestion de la qualité	La recherche et le respect du consentement de l'utilisateur	Le plan d'amélioration continue de la qualité La réalisation des évaluations de la qualité La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance La gestion des comportements dévifs
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de déclaration de signalement aux autorités administratives et judiciaires	Le dispositif de recueil des réclamations des usagers La procédure interne de déclaration, de suivi et d'analyse des événements indésirables
2. Fonctions support		
2.1 Gestion des RH	Les temps d'échange institutionnels	La stabilisation des équipes Le recrutement des postes vacants de l'équipe soignante Le recrutement de professionnels formés pour les postes vacants de l'équipe éducative Le plan de formation, et notamment la formation des équipes à la prise en charge du TSA
2.2 Gestion d'information	La tenue des différents registres	La complétude des dossiers administratifs et médicaux informatisés des usagers
2.3 Bâtiments et espaces extérieurs	L'entretien général des bâtiments La signalétique	

2.4 Locaux et équipements	La fonctionnalité et l'hygiène générale des locaux Aspect général des locaux	L'isolation des étages supérieurs La mise en place d'une salle d'apaisement Les équipements (actuellement vétustes)
2.5 Sécurité	Le système anti-fugue	Le suivi de la vaccination des usagers
3. Prises en charge		
3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'utilisation de Via Trajectoire L'engagement dans le dispositif RAPT Le contrat de séjour et le livret d'accueil	La diffusion de la procédure d'admission Le programme d'activité L'accompagnement thérapeutique L'accompagnement pédagogique Les transmissions entre équipe de jour et de nuit
3.2 Les projets individualisés d'accompagnement	La procédure d'élaboration du PIA Effort d'adaptation au nouveau public TSA	L'actualisation systématique annuelle de tous les PIA
3.3 Respect du droit des personnes		La procédure de mise sous contention
3.4 Vie sociale et relationnelle	La communication avec les familles	La procédure relative au respect de la vie affective des usagers
3.5 Vie quotidienne		
3.6 Hébergement et internat		La surveillance de nuit Le planning d'activité
3.7 Alimentation	Les repas et l'aménagement des salles de restauration Le suivi des régimes et textures	
3.8 Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif		La transmission des enseignants dans le logiciel ████████ pour l'articulation entre les équipes éducatives et pédagogiques
3.9 Champ de l'éducation : la scolarisation		Les projets personnalisés de scolarisation
3.10 Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	Les locaux de l'infirmier et de la salle de psychomotricité	La continuité des soins en l'absence de l'IDE La désignation d'un médecin pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale La traçabilité des informations médicales dans les dossiers informatisés des usagers Les protocoles de soin (DLU, gestion des urgences, repérage et prise en charge de la douleur...) La trousse d'urgence
3.11 Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	La convention avec la pharmacie d'officine	Le protocole de circuit du médicament L'administration des médicaments en l'absence de l'IDE La traçabilité du stock de médicaments La sécurisation de l'accès aux médicaments

4. Relations avec l'extérieur		
4.1 Environnement	La localisation de la structure	L'insertion dans l'environnement local
4.2 Coordination avec les autres secteurs	<p>Les conventions avec des orthophonistes libéraux</p> <p>L'ouverture sur l'extérieur dans les domaines sportifs et culturels</p> <p>Bonne connaissance par l'établissement des ressources disponibles (UMI, ERHR, CRAIF, CRIPS...)</p>	<p>Les conventions avec les établissements de santé et des professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux</p> <p>Les conventions avec des acteurs de droit commun</p> <p>Les relations avec l'Aide sociale à l'enfance</p>

Saint Denis, le 30 septembre 2025



Inspectrice désignée par le directeur
général de l'ARS Île-de-France

8. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

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

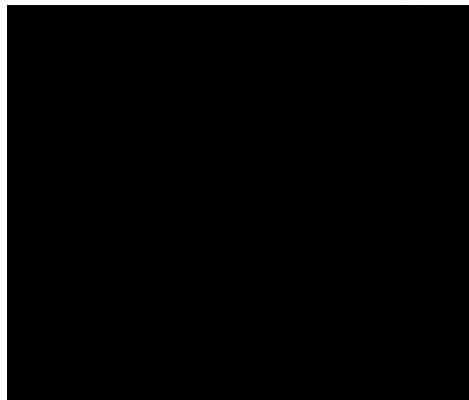
ES	Educateur spécialisé
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ESSMS PH	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux - personnes handicapées
ESSMSPH	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux - personnes handicapées
ETP	Equivalent temps plein
GOS	Groupe opérationnel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

9. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Direction de l'autonomie



Saint-Denis, le 28 mai 2025

Références : 2025_IDF_00127

Objet : Lettre de mission d'inspection – Institut Médico-Educatif (IME) Le Cèdre

Mesdames,

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

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

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

L'IME Le Cèdre situé à Châtillon (N°FINESS géographique 920690096) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

Aussi, je vous demande de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, portant sur les thématiques suivantes :

- Prévention et lutte contre les maltraitances
 - o Respect des droits des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
- Adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue
- Gouvernance
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Gestion des ressources humaines
- Fonction support
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
 - o Locaux et équipements
 - o Sécurité
- Individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées
 - o Projet individualisé d'accompagnement
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 - o Vie quotidienne – hébergement – alimentation
 - o Soins
- Accompagnement éducatif au sein de la structure – scolarisation – formation professionnelle
- Moyens pour la prise en soin et prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents
- Application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes - notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND)
- Relations avec l'extérieur
 - o Environnements
 - o Coordination avec les autres secteurs

La mission est également chargée de recueillir :

- La liste nominative exhaustive de l'ensemble des personnels (salariés de l'établissement et intérimaires) et personnes bénévoles qui sont intervenues dans l'établissement dans les 30 jours glissants précédant et incluant le jour la visite sur site.
- Pour chacune de ces personnes, toutes les informations suivantes : nom, prénom, sexe, date de naissance, ville de naissance (+ numéro de département), pays de naissance, statut.

Vous demanderez à l'établissement de transmettre ces informations à l'adresse : ars-idf-honorabilite@ars.sante.fr

La Direction des affaires juridiques (DAJ) vérifiera, dans les conditions prévues aux articles 776, R79 et 706-53-7 du Code de procédure pénale, les inscriptions figurant dans les casiers judiciaires de ces personnes (volet B2) et dans le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FJAISV).

La mission débutera à compter du 24 juin 2025 à 8 heures 30 et sera assurée par :

- [REDACTED] inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France¹, Direction de l'Autonomie

¹ Article L. 1435-7 CSP

Qui sera accompagnée de :

- [REDACTED] désignée personne qualifiée², Direction de l'autonomie
- [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- [REDACTED] désignée personne qualifiée, Direction de l'autonomie
- [REDACTED] médecin inspectrice, Direction de l'autonomie

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures³

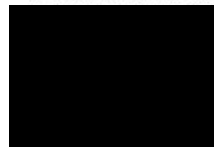
Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)⁴ s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

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

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

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

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France et par délégation,
la Directrice de l'Autonomie



² Art. L.1421-1 du CSP

³ Art. L.1421-2 du CSP

⁴ Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaire aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés

A) Documents à remettre immédiatement (en version papier et numérique) :

N°	Nature du document demandé	Remis papier O/N	Remis numérique O/N
1	Liste nominative des jeunes avec n° chambre, date de naissance, date d'entrée	O	O
2	Organigramme nominatif à jour de l'IME	O	O
3	Planning nominatif et fonction des salariés pour les mois avril à juin 2025, dont vacataires (CDD courts) et intérimaires prévus. Jour et nuit.	O	O
4	Liste nominative des salariés présents ce jour et la nuit précédente, avec précision lieu d'affectation et si mandat représentant du personnel	N	N
5	Liste nominative des présents ce jour, salariés et jeunes	N	N
6	Planning des astreintes administratives pour les mois avril à juin 2025	O	O
7	Plan des locaux	O	O
8	Planning des activités du jour	O	O
9	Liste nominative et coordonnées des responsables légaux	O	O

B) Documents à mettre à disposition pour une consultation sur place :

N°	Document à consulter	Accès aux documents O/N
10	Dossiers papier administratifs des enfants/jeunes et/ou accès dossiers informatisés sur postes informatiques dédiés + codes temporaires d'accès aux dossiers informatisés	O
11	PAI des jeunes	O
12	Dossiers RH des salariés CDI, CDD/vacataires employés en octobre 2024	O
13	Liste nominative des personnels employés via des sociétés d'intérim pour les mois de avril à juin 2025	O
14	Registre légal des entrées et des sorties	O
15	Registre/fichier papier de recueil à partir du 01/01/2023 ou modalités et code d'accès au logiciel interne de réclamation et EI : a) des réclamations et des doléances des usagers et des familles b) des événements indésirables	O
16	Registre des présences quotidiennes	O
17	Dossiers de transmission soignante	O
18	Cahier de transmission de l'équipe soignante pour avril à juin 2025	O
19	Fiche de traçabilité du contrôle des piluliers, chariot d'urgence, stock tampon, réfrigérateur	O
20	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins	O

C) Documents à remettre sur place en fin de journée en format numérique si possible (clé USB) :

N°	Nature du document demandé	Remis Papier O/N	Transmis post LD O/N
23	Liste de tous les protocoles et procédures de soins	O	Circuit du médicament uniquement

24	Liste nominative des jeunes avec régime et type de régime		O
25	Fiches de tâches horaires des IDE, AS/ASG/AES et ASH de jour et de nuit		N
26	Relevé des présences médicales (psychiatre (s), médecin généraliste) de janvier 2024 à ce jour		O
27	Modalités et code d'accès à distance aux dossiers médicaux et de soins pour le médecin associé à la mission		O

D) Documents à remettre sur place en fin de journée sous pli

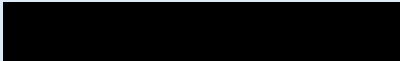
N°	Nature du document demandé	Remis Papier O/N	Transmis post LD O/N
28	Dossiers médicaux des jeunes (si format papier)	O	O
29	Dossiers de soins des jeunes		
30	Cahiers de liaison avec les médecins traitants	Non existant	
31	Liste nominative des jeunes diabétiques, épileptiques, sous traitement neuroleptique, et/ou avec prescription de contention	O	
32	Liste nominative des jeunes avec prescription de traitement injectable et/ou de traitement antiépileptique	O	

E) Documents à transmettre après la visite au plus tard le 27/06/2025 :

N°	Nature du document demandé	Document transmis O/N
33	Composition du conseil d'administration	O
34	Comptes rendus du comité social et économique (CSE) 2023	O
35	Projet associatif	O
36	Organigramme général de l'association	O
37	Qualification et diplôme du directeur	O
38	Document unique de délégation du directeur	O
39	Fiche de poste ou de mission du directeur	O
40	Documents subdélégations du directeur aux cadres/salariés	O
41	Modalités d'organisation de la permanence de la fonction de direction en cas d'absence du directeur (procédures, calendrier/tableau des astreintes de direction de juillet à octobre 2024)	Non existant
42	Projet d'établissement en vigueur	O
43	Règlement de fonctionnement	O
44	Comptes rendus des réunions d'équipe de direction depuis janvier 2024	O
45	Compte-rendu des réunions de coordination et revues de dossiers individuels des jeunes depuis janvier 2024	O
46	Registre unique du personnel -Tableau des personnels salariés : nom, âge ou DDN, date du recrutement et de sortie, nature des contrats de travail et fonctions exercées, ETP (en format Excel)	O
47	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	O
48	Copie du livre de paie avril à juin 2025	O
49	Copie des diplômes des personnels figurant à l'effectif et/ou au planning soins pour le mois d'octobre (y compris vacataires en CDD court)	O

50	Plans de formation 2024 et liste des formations effectivement réalisées en 2024 avec documents probants (réalisation, liste d'émargement ou de présence)	O
51	Pour les salariés : contrats de travail des médecins, de la cadre IDE, des IDE, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute	O
52	Pour les soignants libéraux : contrats d'exercice libéral des kinésithérapeutes	Non existant
53	Rapport d'évaluation externe	O
54	Rapport d'évaluation interne	O
55	Plan d'amélioration de la qualité (format Excel)	Non existant
56	Protocole de signalement interne des événements indésirables à l'attention des salariés	O
57	Protocole de déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables graves aux autorités administratives	O
58	Résultat de la dernière enquête de satisfaction	Non existant
59	Convention avec la ou les pharmacie(s) d'officine livrant les médicaments	O
60	Livret d'accueil des usagers, trame vierge du contrat de séjour	O
61	Procédure d'admission des usagers	O
62	Procédure de sortie des usagers	O
63	Procédure d'élaboration du projet d'accompagnement individualisé	O
64	Trame vierge des projets accompagnement individualisé	O
65	Calendrier 2024 et 2025 d'actualisation des projets accompagnement individualisé	O
66	Liste des activités proposées avec la fiche d'activité présentant les objectifs socio-éducatifs visés et plannings	O
67	Comptes rendus des CVS 2023 à ce jour	O
68	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)	O
69	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [PRENOM-NOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)	O
70	Liste exhaustive des protocoles de soins dont ceux relatifs au circuit du médicament	Circuit du médicament uniquement
71	Procédure relative au traitement de la douleur	Non existant
72	Procédure relative au suivi diététique et nutritionnel des usagers	O
73	Liste anonymisée des régimes et des textures	O
74	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	O
75	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel éducatif	O
76	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	O
77	Procédure d'accueil des nouveaux salariés (livret du niveau salarié)	O
78	Conventions entre l'IME et structures extérieures au titre de la continuité des soins : <ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de santé - - Services ou secteurs de psychiatrie - Réseaux - Centres de référence 	Conventions orthophonie uniquement

F) Documents à transmettre pour vérification du B2 et du FIJAISV



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr