



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Délégation départementale de l'Essonne



**Institut médico-éducatif (IME) « Marie-Auxiliatrice »**  
**2 Boulevard Henri Barbusse**  
**91210 DRAVEIL**  
**N° FINESS 910690072**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**2025\_IDF\_00068**

**Contrôle sur place le 7 mars 2025**

**Mission conduite par :**

- [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;

**Accompagnée par :**

- [REDACTED], observateur
- [REDACTED] personne qualifiée désignée par l'ARS
- [REDACTED], personne qualifiée désignée par l'ARS
- [REDACTED], personne qualifiée désignée par l'ARS
- [REDACTED] personne qualifiée désignée par l'ARS
- [REDACTED] personne qualifiée désignée par l'ARS

désignées qualifiées conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique.

**Textes de référence**

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



## AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

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

<b>1. Gouvernance</b>	<b>13</b>
<b>1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation</b>	<b>13</b>
1.1.1. La population accueillie	13
1.1.2. La transformation de l'offre	13
<b>1.2.Management et Stratégie</b>	<b>13</b>
1.2.1. Le règlement de fonctionnement (RF)	13
1.2.2. Le projet d'établissement (PE) : contenu	15
1.2.3. Le plan bleu	16
1.2.4. L'organigramme	17
1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur	17
1.2.6. Directeur : Qualification, contrat et fiche de poste	18
1.2.7. Le remplacement de la direction	18
1.2.8. Les délégations au directeur d'ESSMS	18
1.2.9. Les subdélégations du directeur	19
1.2.10. Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COFIL)	19
1.2.11. Les astreintes	19
1.2.12. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante et para-médicale	20
1.2.13. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	20
1.2.14. Les conflits entre direction et salariés	20
1.2.15. Les affichages	21
<b>1.3.Animation et fonctionnement des instances</b>	<b>21</b>
1.3.1. Le Conseil de vie sociale (CVS)	21
<b>1.4.Gestion de la qualité</b>	<b>23</b>
1.4.1. Le responsable qualité	23
1.4.2. Les professionnels référents	23
1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	24
1.4.4. L'évaluation de la qualité (externe)	24
1.4.5. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	25
1.4.6. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	25
1.4.7. La bientraitance en pratique	26
1.4.8. Les « comportements problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)	27
1.4.9. La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)	27
<b>1.5.Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</b>	<b>28</b>
1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	28
1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	28
1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	29
1.5.4. Le signalement des EI aux autorités administratives compétentes	29
<b>2. Fonctions support</b>	<b>30</b>
<b>2.1.Gestion des ressources humaines</b>	<b>30</b>
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	30
2.1.2. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe médicale et paramédicale salariés de la structure	30
2.1.3. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure	31
2.1.4. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe pédagogique, salariés de la structure	31
2.1.5. La compensation des postes vacants sur la structure	31
2.1.6. La proportion entre les CDI et CDD	32
2.1.7. La fidélisation des professionnels	32
2.1.8. Les dossiers administratifs des professionnels	32
2.1.9. Les intervenants/prestataires externes	33
2.1.10. Le plan de formation des professionnels	33
2.1.11. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	34
2.1.12. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	35
2.1.13. L'organisation générale du planning des professionnels	35
2.1.14. Les plannings des professionnels	35
2.1.15. Analyse des plannings	36
2.1.16. Les fiches de poste des professionnels	36
2.1.17. Les glissements de tâches	36
<b>2.2.Gestion d'information</b>	<b>37</b>
2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP) :	37
2.2.2. Le registre des présences quotidiennes	37
2.2.3. Le support et le contenu des dossiers des usagers	37



2.2.4.	La traçabilité des soins des professionnels de soins interne dans les dossiers médicaux et de soins	38
<b>2.3.</b>	<b>Bâtiments, espaces extérieurs et équipements</b>	<b>39</b>
2.3.1.	L'état général du bâtiment	39
2.3.2.	Espaces extérieurs	39
2.3.3.	Le suivi des réparations	39
2.3.4.	L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)	39
<b>2.4.</b>	<b>Locaux et équipements</b>	<b>40</b>
2.4.1.	Fonctionnalité et hygiène des locaux	40
2.4.2.	La circulation dans les locaux	41
2.4.3.	La salle d'apaisement	41
2.4.4.	Les chambres ; mixité	41
2.4.5.	Chambre : architecture	42
2.4.6.	Chambre : mobilier	42
2.4.7.	Les pièces d'eau	42
<b>2.5.</b>	<b>Sécurités</b>	<b>44</b>
2.5.1.	Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	44
2.5.2.	Les vaccinations des usagers	44
2.5.3.	L'aide à la prévention des chutes	44
2.5.4.	La prévention des fugues	44
2.5.5.	L'identification des usagers (identitovigilance)	44
2.5.6.	PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public	45
<b>3.</b>	<b>Prises en charge</b>	<b>46</b>
<b>3.1.</b>	<b>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</b>	<b>46</b>
3.1.1.	L'admission	46
3.1.2.	Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »	47
3.1.3.	Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)	47
3.1.4.	Le livret d'accueil	47
3.1.5.	Les médecins traitants	48
3.1.6.	La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers	48
3.1.7.	Les transmissions inter équipes	48
3.1.8.	L'amendement Creton	48
3.1.9.	La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie	49
3.1.10.	Le service social	49
<b>3.2.</b>	<b>Les projets individualisés d'accompagnements</b>	<b>50</b>
3.2.1.	Les projets personnalisés d'accompagnement (PPA) :	50
<b>3.3.</b>	<b>Respect des droits des personnes</b>	<b>51</b>
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	51
<b>3.4.</b>	<b>Vie sociale et relationnelle</b>	<b>51</b>
3.4.1.	Relations avec les familles	51
3.4.2.	Organisation de sortie extérieure	52
3.4.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	52
<b>3.5.</b>	<b>Vie quotidienne</b>	<b>53</b>
3.5.1.	Le transport des jeunes	53
3.5.2.	La tenue vestimentaire des jeunes	53
<b>3.6.</b>	<b>L'hébergement, l'internat</b>	<b>53</b>
3.6.1.	L'internat	53
3.6.2.	L'hygiène corporelle selon l'autonomie	54
3.6.3.	Les changes	54
3.6.4.	Le circuit du linge	54
<b>3.7.</b>	<b>L'alimentation</b>	<b>55</b>
3.7.1.	La conception des repas	55
3.7.2.	Les salles de restauration	55
3.7.3.	Les régimes, textures	56
3.7.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	56
3.7.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	56
<b>3.8.</b>	<b>Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure</b>	<b>57</b>
3.8.1.	L'organisation du champ de l'éducation dans le projet d'établissement	57
3.8.2.	L'organisation des activités éducatives	57
3.8.3.	Articulation des équipes éducatives et pédagogiques	57
<b>3.9.</b>	<b>Champ de l'éducation : la scolarisation</b>	<b>58</b>
3.9.1.	L'intégration scolaire	58



3.9.2.	La scolarisation en milieu ordinaire	58
3.9.3.	La scolarisation en unités d'enseignement	58
3.9.4.	Les projets personnalités de scolarisation	58
<b>3.10.</b>	<b>Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en charge en soin</b>	<b>59</b>
3.10.1.	Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	59
3.10.2.	Missions médicales	59
3.10.3.	Le cabinet médical et l'infirmier	60
3.10.4.	La prise en charge en rééducation	61
3.10.5.	Les prescriptions médicales	61
3.10.6.	Les prescriptions de rééducation	62
3.10.7.	Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...)	62
3.10.8.	Le dossier de liaison d'urgence (DLU)	62
3.10.9.	Le registre de l'état sanitaire	62
3.10.10.	Le défibrillateur automatique externe (DAE)	63
3.10.11.	Le chariot d'urgence	63
3.10.12.	Matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration	64
3.10.13.	Les procédures et protocoles de soins	64
3.10.14.	Prise en charge des usagers atteints de troubles de spectre de l'autisme (TSA) et troubles du neuro-développement (TND)	65
3.10.15.	Prise en charge d'une crise d'épilepsie	65
<b>3.11.</b>	<b>Champ thérapeutique : Le circuit du médicament</b>	<b>66</b>
3.11.1.	La procédure du circuit du médicament	66
3.11.2.	Communication avec la pharmacie	66
3.11.3.	Les stupéfiants	66
3.11.4.	Les médicaments	67
3.11.5.	La préparation des médicaments pour les sorties à l'extérieur	70
<b>4.</b>	<b>Relations avec l'extérieur</b>	<b>71</b>
4.1.	<b>Environnement</b>	<b>71</b>
4.1.1.	Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)	71
4.1.2.	L'insertion de la structure dans la population locale	71
4.2.	<b>Coordination avec les autres secteurs</b>	<b>71</b>
4.2.1.	Les conventions et partenariats	71
<b>5.</b>	<b>Récapitulatif des écarts et des remarques</b>	<b>74</b>
5.1.	<b>Écarts</b>	<b>74</b>
5.2.	<b>Remarques</b>	<b>76</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>78</b>
<b>7.</b>	<b>Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport</b>	<b>81</b>
<b>8.</b>	<b>Annexes</b>	<b>83</b>
	Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	83
	Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés	85
	Annexe 3 Liste des professionnels avec lesquels la mission s'est entretenue	88



### **Éléments déclencheurs de la mission**

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des instituts médico-éducatifs (IME)/instituts d'éducation motrice (IEM) dont la poursuite jusqu'en 2027 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse d'indicateurs qui a classé l'IME/IEM parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan.

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

L'inspection a été réalisée en mode inopinée

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 a porté sur les thématiques suivantes :

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

La mission s'est présentée à l'accueil en informant, lettre de mission à l'appui, que sa présence s'inscrivait dans le cadre d'une inspection. La mission a été immédiatement reçue par la directrice adjointe, et installée dans une salle de réunion afin d'échanger sur le déroulement de la journée.



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

En fin de journée d'inspection les premières remarques portent sur :

### **- Soins : points forts**

- La traçabilité concernant le circuit du médicament est satisfaisante ;
- Le logiciel LIVIA® (logiciel de gestion du dossier unique de la personne accompagnée) est plutôt bien complété ;
- Le local DASRI est bien identifié ;
- Les dossiers médicaux sont informatisés, une version papier est classée dans une armoire fermant à clé ;
- Chaque information nouvelle est tracée ;
- Les locaux infirmiers sont très propres ;
- Infirmerie bien dotée en protocoles et procédures ;
- Une équipe infirmière rigoureuse dans son travail.

### **- Soins : points de vigilance**

- Des chariots médicaux non sécurisés ;
- Certaines trousse de secours sont vétustes ;
- Manque une bouteille d'oxygène sur le chariot d'urgence.

### **- Locaux :**

- Plutôt bien entretenus bien que le gestionnaire fait face à des malfaçons de travaux ;
- La balnéothérapie est inutilisable ;
- Sur certaines unités : meubles dégradés ;
- Les sanitaires des groupes des moyens et des grands ne sont pas adaptés (petits WC), conséquence de l'agrément fixant la tranche d'âge d'accueil jusqu'à 20 ans ;
- Le rangement dans certaines salles d'activités est à sécuriser : produits ménagers accessibles, denrées alimentaires accessibles et non tracées ;
- Salle de l'unité JACADI utilisée comme salle de pause, dépose d'objets personnels...
- Office du RDC : manque de sécurisation des placards ;
- La traçabilité du nettoyage par le prestataire n'est pas correctement suivie.

### **- Accompagnement des usagers :**

- L'organisation de la prise en charge n'appelle pas de remarque.

### **- Accessibilité :**

- Pas de remarque : accès sécurisé, fenêtres sécurisées...



# **INTRODUCTION**

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

Dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les maltraitances 2024-2027, un nouveau plan de contrôle a été inscrit dans les orientations nationales d'inspection contrôle (ONIC) 2025, intitulé « Prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap (2025-2027).

### **Les objectifs généraux sont de :**

- Prévenir et lutter contre les maltraitances, prioritairement dans les ESMS avec hébergement / internat pour enfants et adultes en situation de handicap, au sein desquels les risques de maltraitance institutionnelle sont accrus, avec une attention particulière, parmi ceux-ci, accordée aux établissements pour enfants, mais de manière non exclusive ;
- S'assurer de la conformité des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des ESMS contrôlés aux normes juridiquement opposables (contrôle du respect des obligations résultant de l'autorisation) ;
- 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 rénovant l'action sociale et médico-sociale du fait de leur statut de structure médico-sociale (cf. articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF : promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, répondre de façon adaptée à leurs besoins ; article L. 311-3 du CASF : respecter les droits et libertés individuels des personnes accueillies ou accompagnées, leur garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité...);
- Veiller à l'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) issues 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).

### **Les impacts attendus sont de :**

- Prévenir, repérer et corriger les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitances de toute nature (au sens de l'article L. 119-1 du CASF) et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des enfants et adultes en situation de handicap accueillis ou accompagnés et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations des ESMS aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des personnes accueillies ou accompagnées, l'individualisation de leurs parcours ainsi que des prises en charge respectueuses de leurs droits et libertés.

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'IME Marie-Auxiliatrice, situé 2 Boulevard Henri Barbusse à Draveil (91210), n° FINESS 910690072, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse d'indicateurs qui a classé l'IME parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan.

## **Modalités de mise en œuvre**

Il a été réalisé par l'ARS d'Ile-de-France, Délégation départementale de l'Essonne.



L'équipe d'inspection est composée de :

- [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, affectée à la Délégation départementale de l'Essonne, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED] de l'Essonne, en qualité d'observateur ;
- [REDACTED], affecté à la Délégation départementale de l'Essonne, désigné personne qualifiée ;
- [REDACTED], affectée à la Délégation départementale de l'Essonne, désignée personne qualifiée ;
- [REDACTED] Département autonomie, affecté à la Délégation départementale de l'Essonne, désignée personne qualifiée ;
- [REDACTED] gestionnaire administrative, affectée à la Délégation départementale de l'Essonne, désignée personne qualifiée ;
- [REDACTED] ; désignée personne qualifiée.

Ce contrôle a été réalisé sur site le vendredi 7 avril 2025, de manière inopinée. La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

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

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

### **Rappel du fonctionnement des IME**

**Les Instituts Médico-Educatifs (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.

Cet accompagnement comporte (Article D.312-12 du CASF):

- L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- Les soins et les rééducations ;



- La surveillance médicale régulière, générale, ainsi que celle de la déficience et de situations de handicap ;
- L'établissement d'un projet individualisé d'accompagnement prévoyant :
  - o L'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimal ;
  - o Les actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.

L'IME est le terme générique qui permet de regrouper plusieurs catégories de structures qui fonctionnent en internat, en externat, en semi-internat ou en accueil temporaire. Ils peuvent se distinguer en fonction de l'âge des enfants accueillis :

- o De 3 à 20 ans en Institut Médico-Educatif (IME),
- o De 3 à 14 ans, en Internat Médico-Pédagogique (IMP, ou en Externat Médico-Pédagogique (EMP),
- o De 14 à 20 ans, en Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP).

La loi du 26 juillet 2019 sur l'école de la confiance a étendu aux IME-SESSAD, le fonctionnement en dispositif, déjà déployé dans les ITEP, afin d'éviter les ruptures de parcours et d'adapter l'accompagnement aux besoins, en coopération avec les établissements d'enseignement.

Le décret du 5 juillet 2024 précise les modalités de fonctionnement du dispositif intégré qui doit proposer un ensemble de prestations adaptées, souples et combinées : prestations en milieu ordinaire (PMO), en accueil de jour ou de nuit, à temps partiel ou complet.

Il peut s'associer à un autre ESMS pour proposer l'ensemble de ces prestations. En cas de dispositif partenarial, il existe un "ESMS porteur du dispositif".

### **Présentation de l'établissement inspecté :**

L'établissement dont la raison sociale est :

Association Vivre et Devenir - IME Marie Auxiliatrice

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Association Vivre et Devenir
Adresse de l'organisme :	2 Allée Joseph Récamier
Complément :	-
Code postal et Ville :	75015 PARIS
Courriel :	[REDACTED]
Téléphone fixe :	01 48 47 01 22
Téléphone portable :	
Site internet	<a href="https://www.vivre-devenir.fr">https://www.vivre-devenir.fr</a>
Nombre d'ESSMS gérés	Plus de 80 établissements, services et dispositifs implantés dans sept régions : Normandie, Île-de-France, PACA, Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté et Centre Val-de-Loire

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	2 Boulevard Henri Barbusse
Complément :	-
Code postal et Ville :	91210 DRAVEIL



Coordonnées de la structure :	
Courriel :	contact@vivre-devenir.fr – [REDACTED]
Téléphone fixe :	01 69 83 70 83
Téléphone portable :	06 08 37 50 51

Type de structure			
Type d'établissement / service :	IME		
Date d'ouverture :	25 mars 2019 date d'installation dans les nouveaux locaux		
Raison sociale :	Association Vivre Devenir – IME Marie-Auxiliatrice		
Numéro FINESS :	Géographique :	910690072	Juridique : 75072034
Statut juridique de l'entité juridique	Association reconnue d'utilité publique		
Option tarifaire :	Dotation globale		
Date d'ouverture :	01 janvier 2015 (1 <sup>er</sup> CPOM, date de signature ; 20 janvier 2015)		
Date du CPOM (mm/aaaa) :	Dernier CPOM 2020 – 2024 signé le 23 décembre 2019 Avenant du 1 <sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2025 signé le 18 septembre 2024		
Présence d'une PUI <sup>1</sup> :	Non		

La validité de l'autorisation est en cours depuis le 03 janvier 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,
- Et de polyhandicap, régit par les articles D312-83 à D312-97 CASF.

Au jour de l'inspection, L'IME a une file active de 134 jeunes et adolescents et 128 jeunes et adolescents effectivement présents.

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

L'IME est organisé en unités selon l'âge des usagers/du handicap des usagers.

L'IME dispose d'une équipe mobile médico-sociale d'appui aux professionnels accompagnants les enfants et adolescents âgés de 0 à 21 ans en situation de handicap et confiés à l'aide sociale à l'enfance. Elle est de 12 places pour une file active de 25 situations.

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

Type d'unité	Groupe
Unité des petits	Hévéa
	Les Petits mousses
	Petits bateaux
	Corde à sauter
	Giverny
Unité des moyens	Terrasse
	La marelle
	Lotus
	L'île aux cygnes Jacques a dit
Unité des grands	Cascade
	Météorites
	Matelots
	Les apprentis Bambou



Les effectifs des professionnels employés au sein de cet établissement sont répartis comme suit selon l'ERRD 2023 :

	Postes	Nombre ETP budgétés	Nombre ETP réels	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD
Direction	Direction (Directeur général, Directeur, Directeur adjoint, adjoint de direction)		1			
	Encadrement (chef de service)		2			
	Administration (Personnel administratif et de bureau)		2			
Services généraux	Agent de service général		2			
	Ouvrier professionnel					
	Surveillant de nuit					
Educatif, pédagogique et social	Autre personnel					
	Aide médico-psychologique (AMP)/ Accompagnant éducatif et social (AES)		2			
	Animateur social					
	Assistant de service social, Assistant familial ou maternel, Conseiller économique, social et familial		1			
	Educateur jeunes enfants (EJE)					
	Educateur spécialisé, Educateur sportif/enseignant en activité physique adaptée (APA), Educateur technique, Educateur technique spécialisé			2		
	Moniteur d'atelier/Moniteur éducateur			2		
	Musicothérapeute/Art-thérapeute					
	Autre personnel éducatif, pédagogique et social			2		
	Médecin généraliste			2		
Médical	Médecin en rééducation fonctionnelle					
	Pédiatre					
	Psychiatrie, pédopsychiatre					
	Autre spécialité			2		
Paramédical	Infirmier diplômé d'Etat (IDE) dont un coordinateur		1			
	Aide-soignant (AS)		2			
	Psychologue/Neuropsychologue		2			
	Psychomotricien, Rééducateur en motricité		2			
	Autre (Orthophoniste, Ergothérapeute, Orthoptiste, Kinésithérapeute, ...)			2		
	Auxiliaire de puériculture					
	Contrat d'apprentissage moniteur éducateur			2		
	<b>TOTAL</b>			17		

Le CPOM 2020 – 2024 a été signé le 23 décembre 2019, il fait l'objet d'un avenant du 01 janvier 2025 au 31 décembre 2025.

### **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 ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	<b>1.1.1. <u>La population accueillie</u></b>		
	La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ?	Partiellement	<b>Écart 1 : En ne respectant pas l'agrément, l'établissement contrevient à l'article D312-0-3 (f) du CASF.</b>
	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)	Oui	
	<b>1.1.2. <u>La transformation de l'offre</u></b>		
	Votre établissement a-t-il entamé une démarche de transformation de l'offre (passage en dispositif) ?	Oui	L'établissement souhaite pouvoir bénéficier de places de SESSAD et travailler en plateforme.
	Quelles sont les premières actions mises en œuvre ?		La suppression de la pharmacie intérieure permet de libérer des espaces susceptibles de pouvoir aménager des espaces pour y installer un SESSAD.

### 1.2. Management et Stratégie

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2 Management et Stratégie	<b>1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement (RF)</u></b>		



	Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?	Oui	
	Date-t-il de moins de 5 ans ?	Non	Le règlement de fonctionnement remis n'est pas daté. L'article 1 précise qu'il a été arrêté le 21 février 2019.
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?	Oui	<b>Écart 2 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R 311-33 du CASF.</b>
	Est-il remis aux usagers et professionnels ?	Oui	
	Est-il affiché dans l'établissement ?	Oui	
	Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF :		
	- Les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement ou du service ;	Oui	
	- L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;	Oui	
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	
	- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	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	Oui	
	- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;	Oui	
	- Les conséquences de violence sur autrui ;	Oui	
	- Les prescriptions d'hygiène de vie ;	Oui	







	- Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement dans les champ éducatif et thérapeutique ?	Oui
	- La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ?	Oui
	- Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ;	Oui
	- Les modalités relatives aux relations de l'utilisateur avec son entourage ?	Oui
	- Les critères d'évaluation et de qualité ;	Oui
	- Les mesures prises en application des dispositions du CPOM ;	Oui
	- Une transformation ou un fonctionnement en dispositif ;	Oui
	- Un projet pédagogique de l'unité d'enseignement ;	Oui
	- Un emploi du temps équilibré et adaptable ;	Oui
	- Les objectifs et les moyens pour assurer l'accompagnement des jeunes polyhandicapés.	Oui
	Le projet d'établissement se base-t-il sur un projet associatif ?	Oui
	<b>1.2.3. Le plan bleu</b>	
	Le plan bleu existe-il ?	Oui
	Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ? Par quelles instances / modalités ?	Oui
	Le plan bleu contient-il :	
	- Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;	Oui
	- Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;	Oui
	- Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;	Oui
	- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;	Oui
		Fiche action 2 du directeur, liste des contacts selon la nature de la crise.
		Fiche action 3 – Directeur adjoint et autres professionnels chacun ayant ses propres missions.
		Fiches actions par type de professionnel.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles ;</li> <li>- Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.</li> </ul>	Oui	<p>Fiche action 9 du responsable maintenance, sécurité et exploitation – services techniques + inventaire des équipements et matériels + annexe 2 composition de la cantine « cellule de crise ».</p> <p>Le plan bleu ne contient pas le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.</p>
	<p>Le plan bleu a-t-il été arrêté après consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des instances représentatives du personnel ?</li> <li>- Du CVS ?</li> </ul>	Non Non	<p><b>Écart 5 : En ne disposant pas de plan de formation dans le plan bleu, l'établissement contrevient à l'article R311-38-1 du CASF.</b></p> <p><b>Écart 6 : En ne précisant pas dans la page d'accueil si les instances représentatives du personnel et du CVS ont été consultées, l'établissement contrevient à l'article R 311-38-1 du(III) du CASF</b></p>
1.2. <b>Management et Stratégie</b>	<p><b>1.2.4. L'organigramme</b></p> <p>L'organigramme est-il à jour ?</p>	Non	<p>L'organigramme confronté avec les plannings a mis en évidence des professionnels identifiés, selon le code couleur comme employés du service mais ne figurent pas sur l'organigramme.</p>
	<p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p>	Non	<p><b>Écart 7 : En n'ayant pas l'organigramme à jour, l'établissement contrevient à la circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004.</b></p> <p>Deux organigrammes ont été transmis, l'un manque de clarté sur les liens hiérarchiques et fonctionnels au niveau de l'organisation au sein des différents pôles, le second organigramme mis à jour le 15 novembre 2024 présente une organisation du pôle administratif erronée. Les liens hiérarchiques et fonctionnels n'apparaissent pas, le responsable maintenance exploitation et sécurité n'apparaît pas, l'EMASE n'apparaît pas.</p>
	<p>L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?</p>	Non	<p><b>Écart 8 : En ne précisant pas les 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, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.</b></p>
1.2 <b>Management et Stratégie</b>	<p><b>1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur</b></p> <p>Le gestionnaire concourt-il :</p>		



	- À l'élaboration et à l'actualisation du projet d'établissement	Oui	
	- À l'adaptation des moyens de la structure	Oui	
	- Aux modalités d'intervention coordonnée ;	Oui	
	- Au choix et au financement des systèmes d'information	Oui	
	- Le directeur bénéficie-t-il de l'appui de services supports (DAF, DRH, Qualité, ...) émanant du siège ?	Oui	
1.2 Management et Stratégie	<b>1.2.6. Directeur : Qualification, contrat et fiche de poste</b>		
	Quelle est la date de prise de fonction du directeur ?		6 janvier 2020
	Quel pourcentage d'ETP le directeur consacre-t-il à la structure ?		1 ETP
	Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ? Si oui, lesquels ?	Non	
	Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?	Oui	La fiche de poste présentée du directeur n'est pas datée ni signée.
	Les qualifications du directeur de la structure sont-elles réglementaires ?	Oui	<b>Remarque 1 : En ne disposant pas d'une fiche de poste de directeur datée et signée l'établissement ne répond pas aux bonnes pratiques</b>
1.2 Management et Stratégie	<b>1.2.7. Le remplacement de la direction</b>		
	Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?	Oui	
1.2 Management et Stratégie	<b>1.2.8. Les délégations au directeur d'ESSMS</b>		
	Les délégations de signature ont-elles été formalisées ?	Oui	
	Le document unique de délégation (DUD) a-t-il été envoyé à l'ARS ?	Oui	
	Le document unique de délégation (DUD) précise-t-il la nature et l'étendue de la délégation, c'est-à-dire :		



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service</li> <li>- La gestion et l'animation des ressources humaines ;</li> <li>- La gestion budgétaire, financière et comptable ;</li> <li>- -La coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.</li> </ul>	Oui	
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.9. Les subdélégations du directeur</b></p> <p>Quelle est l'organisation du pouvoir de subdéléguer sa signature ?</p>	Oui	<p>Des champs de subdélégations sont donnés à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directrice adjointe</li> <li>- Responsable de la maintenance, de la sécurité et de l'exploitation du bâtiment</li> <li>- Responsable administratif et des ressources humaines</li> </ul>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.10. Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COPIL)</b></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>	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CODIR : chaque mercredi matin, réunit les chefs de service, DA, responsable qualité, certains professionnels selon les sujets traités. Pas de compte rendu mais relevé de conclusion sous forme de suivi Excel, accessible aux membres du CODIR ;</li> <li>- Réunions institutionnelles : 3 fois par an, dont une réunion de rentrée le mardi après-midi et jeudi après-midi pour informer l'équipe et la contre-équipe. Opportunité de travail sur différents thèmes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact de l'absence des enfants sur l'activité ;</li> <li>• SERAPHIN ;</li> <li>• Informations CSE.</li> </ul> </li> <li>- Réunions pluridisciplinaires ;</li> <li>- Réunions de service ;</li> <li>- Réunions de coordination.</li> </ul>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.11. Les astreintes</b></p> <p>Une astreinte de direction est-elle mise en place ?</p>	Oui	<p>Existence d'une fiche de procédure d'appel à l'astreinte administrative. Cette procédure définit les modalités d'organisation des astreintes administratives et réglemente les appels des professionnels aux cadres d'astreintes.</p> <p>Cette procédure s'applique à l'ensemble des professionnels de l'établissement.</p>



	Une astreinte technique est-elle mise en place ?	Non	
1.2 Management et Stratégie	<b>1.2.12. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante et para-médicale</b> Des professionnels encadrent-ils l'équipe soignante et para-médical Si oui, - À quel niveau d'ETP ? - Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...) ?	Oui	1 ETP de chef paramédical. La fiche de poste présentée du chef de service paramédical n'est pas signée et ne précise pas les horaires de travail.  <b>Remarque 2 :</b> En ne disposant pas d'une fiche poste, précisant les horaires de travail et dûment signée, par le chef paramédical, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques.
1.2 Management et Stratégie	<b>1.2.13. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</b> Des professionnels encadrent-ils l'équipe éducative ? Si oui, - À quel niveau d'ETP ? - Leur fiche de poste est-elle conforme (mission, horaires, signature, ...)	Oui	3 ETP de chefs de service Les fiches de postes sont partiellement conformes : les liens fonctionnels renvoient à l'organigramme fonctionnel qui n'est pas clair, les fiches de postes ne sont pas individualisées, les horaires n'apparaissent pas, les fiches de poste ne sont pas signées.  <b>Remarque 3 :</b> En ne disposant pas d'une fiche poste individualisée, précisant les horaires de travail et dûment signée, par les chefs de service, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques.
1.2 Management et Stratégie	<b>1.2.14. Les conflits entre direction et salariés</b> 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), ...)		Climat social stable, mais inquiétude par rapport aux accidents du travail qui conduisent à s'organiser avec les ressources dont dispose l'établissement. Des jeunes qui grandissent et n'ont plus envie d'être à l'IME. Gestion des problèmes somatiques, des arrêts maladie.



		Inquiétude partagée avec [REDACTED] d'où le souhait de mettre en place une cellule RPS.
1.2. Management et Streetlife	1.2.15. Les affichages	
	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :	
	- Règlement de fonctionnement	Oui
	- Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui
	- Horaires d'ouverture de la structure	Oui
	- Arrêté de dotation globale	Oui
	Y a-t-il un affichage des coordonnées du service d'accueil téléphonique d'écoute et d'accompagnement, telles que :	
	- 3977 (écoute et d'accompagnement mis en place par les pouvoirs publics pour avertir d'une maltraitance à l'encontre d'une personne vulnérable, âgée ou handicapée)	Oui
	- 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
	- ALMA (Allo Maltraitance)	Oui

### 1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-titres ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. Le Conseil de vie sociale (CVS)		
	Un CVS est-il en place ?	Oui	
	Le CVS dispose-t-il un règlement intérieur ?	Oui	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le CVS se réunit-il au moins trois fois par an ?</p> <p>L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ?</p> <p>Les relevés de conclusions des séances du CVS sont-ils établis par la secrétaire du CVS, datés et signés par le président du CVS ?</p> <p>Les procès-verbaux ou des comptes-rendus des réunions du CVS sont-ils consultables sur place ?</p> <p>La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux représentants des personnes accompagnées ;</li> <li>- Un représentant des professionnels employés par l'établissement ;</li> <li>- Un représentant de l'organisme gestionnaire.</li> </ul> <p>Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;</li> <li>- Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;</li> <li>- Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;</li> <li>- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.</li> </ul> <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>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Selon le rapport d'activité 2023, le CVS s'est réuni les 24 mars 2023, 26 mai 2023 et 20 octobre 2023.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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"> <li>- 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)</li> <li>- Associer à la révision du PE, notamment en matière de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ?</li> <li>- Être entendu lors de la procédure d'évaluation et être informé des résultats et être associé aux mesures correctrices à mettre en place ?</li> <li>- Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ?</li> </ul> <p>Les événements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	

## 1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>1.4. Gestion de la qualité</p> <p><b>1.4.1. Le responsable qualité</b></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>Oui</p>		
<p>1.4. Gestion de la qualité</p> <p><b>1.4.2. Les professionnels référents</b></p> <p>Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Chargé de communication et événementiel</p>	



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Si oui, sur quels thèmes ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Référents du dossier unique des personnes accompagnées ;</li> <li>- Référent responsabilité sociétale des organisations (RSO) ;</li> <li>- Développement durable ;</li> <li>- Référente hygiène ;</li> <li>- Référent laïcité, mutualisé avec un autre établissement ;</li> <li>- Chef de service pour le pilotage sur des projets spécifiques (vie intime et sexuelle) ;</li> <li>- Référent médicament ;</li> <li>- Référent alimentation ;</li> <li>- Référent d'unité.</li> </ul>
1.4. Gestion de la qualité	<p>Sont-ils connus de l'ensemble des professionnels ?</p> <p><b>1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</b></p> <p>Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Les actions du PACQ font-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 COPIL pour le PACQ ?</p>	Oui	
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.4. L'évaluation de la qualité (externe)</b></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>Le gestionnaire concourt-il à la réalisation des évaluations ?</p> <p>Les axes et objectifs qui se dégagent de l'évaluation se traduisent-ils en actions au PACQ ?</p> <p>L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ?</p>	Oui	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.5. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</b></p> <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>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"> <li>- S'exprimer librement</li> <li>- Participer à des enquêtes de satisfaction</li> <li>- Indiquer leurs expériences, ressentis, satisfactions ou insatisfactions,</li> <li>- Alerter ?</li> </ul> <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>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Pas de FALC mais l'alerte peut se faire avec différents moyens de communication : pictogrammes, paroles, regard, réaction.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.6. Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</b></p> <p>L'encadrement et la direction jouent-ils leur rôle en matière de promotion de la bientraitance d'après les recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ;</li> <li>- En nommant un référent bientraitance ;</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p><b>Remarque 4: En n'ayant pas de référent bientraitance titulaire d'une fiche de poste adaptée, l'établissement ne dispose pas d'un dispositif de promotion de la bientraitance optimal</b></p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En sensibilisant, informant et formant le personnel,</li> <li>- En organisant l'analyse de leur pratique ;</li> <li>- En formalisant dans leur fiche de poste la bientraitance comme une mission pour tous les jours ;</li> <li>- En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PPA.</li> </ul> <p>Les professionnels sont-ils soutenus dans leur démarche de bientraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;</li> <li>- Par la sensibilisation et la formation ;</li> <li>- Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ;</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p><b>Remarque 5 : En ne formalisant pas la bientraitance dans les fiches de postes, l'établissement ne dispose pas d'un dispositif de promotion de la bientraitance optimal</b></p> <p>Démarche complétée par l'accès au numéro [REDACTED] dispositif d'accompagnement psychologique pour les professionnels de santé</p>
<p>1.4. Cession de la qualité</p>	<p><b>1.4.7. La bientraitance en pratique</b></p> <p>Les bonnes pratiques sont-elles connues et promues telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La liberté de choix ;</li> <li>- La recherche systématique et le respect du consentement de l'utilisateur ;</li> <li>- L'accompagnement dans l'autonomie ;</li> <li>- La communication ;</li> <li>- La définition et l'évaluation du PPA ;</li> <li>- Le respect des relations avec les proches</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Des modalités de communication claires et régulières sont mises en place notamment via le chargé de communication événementiel. Les professionnels sont informés des procédures et des actions de bientraitance à travers des réunions pluridisciplinaires, institutionnelles, groupes de travail.</p> <p>Via le PAP</p> <p>Via les différents moyens de communication comme le PECS</p> <p>Lien maintenu entre le jeune / l'établissement / la famille par le développement de moyens de communication comme le PECS avec participation financière de l'établissement pour aider les familles à financer le classeur de communication qui permet une continuité des échanges du jeune au sein de la famille</p> <p>Participation des familles à l'élaboration et l'évaluation du PPA</p>



Sous-système IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.8. <u>Les « comportements problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)</u></b></p> <p>La réponse aux comportements problèmes est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?</p> <p>Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements problèmes » par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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) ?</li> <li>- Des procédures de gestion des comportements problèmes ;</li> <li>- Des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;</li> <li>- La sensibilisation et la formation ;</li> </ul>	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Institutionnalisée mais non inscrite dans le projet d'établissement</p> <p><b>Remarque 6 : En n'inscrivant pas les « comportements problèmes » dans le projet d'établissement, l'établissement contrevient aux recommandations de l'HAS</b></p> <p>Fiche de procédure du 1<sup>er</sup> novembre 2014 intitulée « prise en charge des troubles du comportement graves de l'enfant »</p> <p>Sensibilisation par fiche de procédure et grilles de gestion des comportements problèmes. Formation « impact des troubles perceptibles et sensoriels dans les troubles du comportement » inscrite au plan de formation 2024.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.9. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u></b></p> <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"> <li>- L'ARS ;</li> <li>- Le magistrat concerné ;</li> </ul> <p>Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ?</p> <p>En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
-----------------	--------------------	------------	------------------------------

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p> <p><b>1.5.1. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u></b></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>Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ;</li> <li>- De la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématique des réclamations et des signalements ?</li> <li>- D'actions mentionnées dans le PACQ ?</li> </ul>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les modalités de réponse sont variables : sur RDV, échanges téléphoniques, mails.</p> <p>Notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la révision du questionnaire de satisfaction des familles (08/11/2024) ;</li> <li>- La révision du questionnaire de satisfaction des personnes accompagnées en y ajoutant des pictogrammes afin qu'il soit mieux adapté aux profils des jeunes de l'IME (08/07/2024).</li> </ul>
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p> <p><b>1.5.2. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u></b></p>			



Sous-système IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les procédures de déclaration en interne d'événements indésirables sont-elles connues des professionnels ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents événements indésirables (EI, EIG, EIGS)?</p> <p>Les situations de maltraitance font-elles l'objet de mention spécifique dans ces procédures ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La procédure de déclaration est réalisée sur le logiciel [REDACTED] Une formation auprès des nouveaux arrivants est réalisée et des rappels sont faits régulièrement auprès des équipes.</p> <p>Présence d'un diaporama de présentation des événements indésirables avec un point spécifique sur ce qui doit être signalé.</p>
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des EI</p>	<p><b>1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</b></p> <p>Une procédure de suivi et d'analyse des EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-elle formalisée ?</li> <li>- Prévoit-elle l'analyse de l'EI et la mise en œuvre d'actions correctrices ?</li> <li>- Les mesures correctrices sont-elles incluses dans le PACQ ?</li> <li>- Un retour est-il fait aux déclarants ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des EI</p>	<p><b>1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</b></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>	



## 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
2.1.1.1. <b>Profil et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</b>	<p>Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comportent au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence ;</li> <li>- Un pédiatre, ou, selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de la structure, un médecin généraliste ;</li> <li>- Un psychologue ;</li> <li>- Un infirmier ou une infirmière ;</li> </ul> <p>Selon les besoins des enfants, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des kinésithérapeutes,</li> <li>- Des orthophonistes,</li> <li>- Des psychomotriciens ;</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Vacations d'un pédiatre à raison de 3 mardis par mois</p> <p>Nombre ETP : 2</p> <p>Nombre ETP : 5 dont 1 coordinateur et 3,2 ETP vacants</p> <p>Nombre ETP : 1</p> <p>Nombre ETP : 1, en libéral</p> <p>Nombre ETP : 2</p>
2.1.2. <b>Profil et effectifs des professionnels de l'équipe médicale et paramédicale salariés de la structure</b>	<p>Selon la réglementation dans le CASF, les effectifs de l'équipe soignante comportent au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un médecin de médecine physique et de rééducation fonctionnelle ;</li> <li>- Un pédiatre ;</li> <li>- Un psychiatre ;</li> </ul> <p>Ainsi que des membres des professions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinésithérapeute ;</li> <li>- Ergothérapeute ;</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Nombre-ETP-:</p> <p>Vacations d'un pédiatre à raison de 3 mardis par mois</p> <p>Nombre-ETP-</p> <p>Nombre ETP 1</p> <p>Nombre ETP 0.5</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>- Psychomotricien ;</p> <p>- Orthophoniste ;</p> <p>- Orthoptiste ;</p> <p>- Infirmier,</p> <p>- AES ou AMP (pas d'AVS)</p> <p>- Auxiliaire de puériculture</p> <p>- Un psychologue.</p> <p><b>2.1.3. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure</u></b></p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Nombre ETP 2</p> <p>Nombre ETP 1, en libéral</p> <p>Nombre ETP 5 dont 1 coordinateur et 3.2 ETP vacants</p> <p>Nombre ETP 54</p> <p>Nombre ETP 1</p> <p>Nombre ETP 2</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>- Educateurs spécialisés ;</p> <p>- Educateurs de jeunes enfants ;</p> <p>- Moniteurs éducateurs ;</p> <p>- AES ou AMP (pas d'AVS) ;</p> <p>- Educateurs techniques spécialisés (enseignement professionnel) ;</p> <p>- Educateurs sportifs et moniteurs sportifs lorsque ces personnels existent déjà au sein de l'établissement.</p> <p>L'établissement dispose-t-il d'une équipe pédagogique et éducative adaptée à l'âge et aux besoins des enfants ?</p> <p><b>2.1.4. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe pédagogique, salariés de la structure</u></b></p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Nombre ETP : 9</p> <p>Nombre ETP : 10</p> <p>Nombre ETP : 54</p> <p>Nombre ETP : 2</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les professionnels mis à disposition par l'Education nationale ?</p> <p><b>2.1.5. <u>La compensation des postes vacants sur la structure</u></b></p> <p>Comment sont compensés les postes vacants ?</p>		<p>Il existe au sein de l'établissement deux unités d'enseignement et une unité externalisée. Cette dernière fait l'objet d'une convention en cours de signature.</p> <p>Les unités dispensent un enseignement général dans le respect du programme de l'Education nationale. Il y a un enseignant référent par classe et un enseignant référent pour les enseignants.</p> <p>Il existe une fiche de procédure concernant la conduite à tenir en cas d'absence ou retard d'infirmier.</p>



Sous-thème ICRS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.6. La proportion entre les CDI et CDD</b></p> <p>La proportion d'ETP en CDD et intérimaires est-elle &gt; à 50% des ETP en CDI ?</p>	Non	<p>Les postes vacants sont compensés par des vacations de professionnels extérieurs. L'organigramme fait état d'un SAV mais les fonctions n'y sont pas précisées.</p> <p>Total paramédical jour : 11, 5 ETP dont 1 ETP infirmier en CDD            Total paramédical nuit : 1 infirmier            Total socio-éducatif : 90 ETP dont 18 CDD            Total socio-éducatif nuit : 3 ETP dont 1 en CDD            TOTAL GENERAL : 105,5 ETP dont 20 ETP CDD soit 19 %</p>
	<p><b>2.1.7. La fidélisation des professionnels</b></p> <p>Y-a-t-il des actions de fidélisation des professionnels ?</p>	Oui	<p>Il existe un plan de développement des compétences ainsi que des actions de VAE :            - 7 professionnels en CDI font l'objet d'une VAE,            - 5 CDD dont 3 en contrat d'apprentissage et 2 en contrat professionnel.</p>
	<p>Y-a-t-il des actions de « qualité de vie au travail » (QVT) ?</p>	Non	<p>Projet de remettre en place une commission QVT.            La mise en place du DUERP est accompagnée par la CRAMIF.            Il existe toutefois un document mis à disposition des professionnels intitulé : « Votre kit QVCT : la santé toute l'année » portant sur les thématiques suivantes :            - Prévention ;            - Equilibre vie perso / vie pro ;            - Développement des compétences.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.8. Les dossiers administratifs des professionnels</b></p> <p>Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils systématiquement :            - Le contrat d'embauche et les éventuels avenants ;            - Le diplôme correspondant à leur fonction ?</p>	<p>Oui            Oui</p>	<p>L'équipe d'inspection a consulté sur place 10 dossiers administratifs des professionnels.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Inscription à l'Ordre ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route signée par l'employeur et le salarié (REMARQUE UNIQUEMENT)</li> <li>- Entretien d'évaluation périodique</li> <li>- Une fiche d'aptitude de la médecine du travail</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>L'équipe d'inspection constate l'absence d'inscription à l'ordre [REDACTED]</p> <p><b>Écart 9 :</b> En l'absence de contrôle de l'inscription à l'ordre des infirmiers des professionnels concernés, [REDACTED] ce qui contrevient à l'article L4311-15 CS.</p> <p>Les fiches présentes sont des fiches de « recrutement ».</p> <p><b>Remarque 7 :</b> 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 s'expose à un risque de maltraitance non intentionnelle dû à une mauvaise compréhension de son rôle et n'est pas conforme aux recommandations de l'PHAS.</p> <p>La mission constate l'absence d'évaluation périodique pour le professeur d'EPS.</p> <p><b>Écart 10 :</b> En l'absence d'évaluation du professeur d'EPS, l'établissement contrevient à l'article L6315-1 du Code du travail.</p> <p>L'équipe d'inspection constate la présence de bulletins du casier judiciaire sur l'ensemble des dossiers consultés.</p> <p><b>Remarque 8 :</b> En ne disposant pas de fichier de gestion du personnel sur la vérification des casiers judiciaires sous la forme "oui/non", l'établissement n'est pas conforme aux recommandations du CNIL.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.9. Les intervenants/prestataires externes</b></p> <p>Quels sont les professionnels externes intervenant dans la structure ?</p>		<p>Les professionnels externes intervenant dans la structure, hors CDD d'accompagnement des jeunes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le prestataire de restauration [REDACTED]</li> <li>- La société de Bio nettoyage [REDACTED]</li> <li>- Agents de sécurité nuit.</li> </ul>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.10. Le plan de formation des professionnels</b></p>		



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Y-a-t-il un plan de formation des professionnels actualisé annuellement ?</p> <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"> <li>- Aux gestes d'urgence (AFGSU),</li> <li>- A la sécurité incendie,</li> <li>- A la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance,</li> <li>- Aux troubles du comportement et/ou sensoriels,</li> <li>- Aux « comportements problèmes »,</li> <li>- Aux communication alternatives (Makaton (vocabulaire fonctionnel composé de signes et de pictogrammes), PECS (système de communication fondé sur l'échange d'images), ...).</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe un plan de développement des compétences présentant les différentes actions de formations, les organismes de formations, la durée et le coût.</p> <p>La direction porte des temps de sensibilisation à l'autodétermination.</p> <p>Selon les entretiens les communications alternatives sont mises en place. Cependant l'équipe d'inspection a constaté l'absence d'inscription de celles-ci dans le plan de développement des compétences.</p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.11. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</b></p> <p>Existe-t-il une procédure d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un professionnel ayant une qualification égale ou supérieure à la leur ?</p> <p>Les nouveaux arrivants disposent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un identifiant/mot de passe individuel d'accès au dossier informatisé des usagers ?</li> <li>- D'une fiche de tâches heurées ?</li> <li>- Des procédures d'urgences et de soins</li> <li>- De la procédure de signalement,</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe une procédure d'intégration du nouveau salarié qui explicite le parcours d'intégration.</p> <p>Cette donnée ne figure pas dans la procédure d'intégration du nouveau salarié. Il est précisé une remise de la fiche de fonction.</p> <p><b>Remarque 9 : Etant donné le nombre d'enfants présents sur l'établissement présentant des TSA / TND, le plan de formation doit s'étoffer d'actions d'accompagnement adapté à ce public.</b></p> <p><b>Remarque 10 : En ne disposant pas de fiche de tâches heurées, l'établissement contrevient aux recommandations de l'HAS</b></p>



Sous-thème I CAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	<b>2.1.12. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</b> Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions d'équipe/service/secteur ;</li> <li>- Réunions direction/professionnels,</li> <li>- Réunion de direction (direction de service)</li> </ul>	Oui Oui	Sont mis en place : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des COPIL : le mercredi matin en présence des chefs de service, DA, responsable qualité, professionnels (selon les sujets traités). Ces réunions donnent lieu à un relevé de conclusion sous forme de fichier de suivi « excel », accessible aux membres du COPIL.</li> <li>- Des réunions institutionnelles : 3 par an. Elles se déroulent le mardi après-midi et le jeudi après-midi afin de réunir l'équipe et la contre-équipe. Ces réunions sont l'opportunité de travailler / d'échanger sur différents thèmes : impact de l'absence des enfants sur l'activité, SERAPHIN PH, info CSE.... Ces dernières font l'objet d'une présentation par diaporamas.</li> <li>- Sont également organisées des réunions pluridisciplinaires, des réunions de service, des réunions de coordination.</li> </ul> Ces réunions sont programmées et indiquées dans le calendrier scolaire.
2.1. Gestion des ressources humaines	<b>2.1.13. L'organisation générale du planning des professionnels</b> L'établissement dispose-t-il d'une maquette organisationnelle de la répartition des besoins en professionnels de soins selon les unités/étage ? Comment est organisée la planification des professionnels (Equipes médicale et paramédicale, éducative et pédagogique) : (Roulement de travail, répartition des professionnels sur la journée, planification des temps de pause, répartition sur la semaine, horaires des professionnels, repos entre 2 prises de poste. ...)	Oui	Dans chaque unité est affiché le planning mensuel faisant apparaître la présence des professionnels normalement présents. L'établissement utilise le logiciel [REDACTED] pour organiser la planification des professionnels.
2.1. Gestion des ressources humaines	<b>2.1.14. Les plannings des professionnels</b> Les professionnels dispose-t-il d'un planning connu suffisamment à l'avance, et dont le contenu est clair et précis ? Les plannings comportent-ils : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La date,</li> <li>- Le n° de version,</li> <li>- La mention de la qualification des professionnels (IDE, éducateur, faisant-fonction, ...) et de la fonction effectivement assurée (IDE, éducateur, ...),</li> <li>- Les étapes / unités d'affectation,</li> </ul>	Oui Oui Oui Oui	Les plannings sont réalisés via le logiciel de gestion des temps de travail [REDACTED]



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les temps de travail,</li> <li>- Les temps de pauses,</li> <li>- Les absences et leur motif, Une légende actualisée.</li> </ul>	<p>Oui Non Oui Non</p>	<p>Les plannings sont légendés toutefois certaines informations sont manquantes : exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AAQ ?</li> <li>- CT ?</li> <li>- HSR ?</li> <li>- RECF</li> </ul>
<p>2.1- Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.15. Analyse des plannings</b> Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent-ils aux effectifs prévus sur les plannings ? Les plannings réalisés et prévisionnels permettent-ils une prise en charge homogène, sans écart majeur du nombre de professionnels d'un jour à l'autre ?</p>	<p>Oui Oui</p>	<p>Via un dispositif de remplacement chaque fois que possible.</p>
<p>2.1 Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.16. Les fiches de poste des professionnels</b> Les fiches de postes/missions/tâches respectent-elles les compétences des référentiels métier ? Les fiches de poste comportent-elles les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des fonctions,</li> <li>- Lien hiérarchique,</li> <li>- Horaires de travail,</li> </ul>	<p>Oui Oui Oui Non</p>	<p><b>Remarque 11 :</b> En ne disposant pas d'une fiche poste individualisée, précisant les horaires de travail et dûment signée, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques.</p>
<p>2.1 Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.17. Les glissements de tâches</b> 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 ? Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?</p>	<p>Oui Non</p>	<p>Via une politique de remplacement en cas d'absence anticipée.</p>



## 2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	<p><b>2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u> :</b> Un registre unique du personnel est-il tenu à jour</p>	Oui	
2.3. Gestion d'information	<p><b>2.2.2. <u>Le registre des présences quotidiennes</u></b> Un registre des présences est-il tenu à jour quotidiennement ?</p>	Oui	
2.3. Gestion d'information	<p><b>2.2.3. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u></b>            Quel(s) est(sont) le(s) support(s) du dossier administratif et du dossier médical des jeunes ? DUI ?            Les parties administrative et médicale sont-elles :            - Sur le même support ?            - Accessibles à tous les professionnels ?            L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ?            Le(s) dossier(s) des jeunes comportent-ils les documents réglementaires :</p>	<p>Les dossiers sont enregistrés sur un support numérique.</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Uniquement la direction.</p> <p>Les dossiers médicaux « papier » sont conservés dans une armoire sécurisée dans le bureau des médecins.</p> <p>Les dossiers médicaux informatisés sont renseignés sur le logiciel [REDACTED]. L'accès à ces dossiers est sécurisé par un identifiant et un mot de passe propre aux personnels soignants et aux équipes éducatives.</p>



Sous-titres IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1° Enquête et décision d'orientation ;</li> <li>- 2° Autorisation parentale pour prise en charge en urgence ;</li> <li>- 3° PPA et projet de scolarisation ;</li> <li>- 4° CR réunion de synthèse ;</li> <li>- 6° Décision de sortie ;</li> <li>- 7° Informations sur le devenir du jeune pendant 3 ans après la sortie ;</li> <li>- 8° CR de surveillance régulière du développement psychologique, cognitif et corporel du jeune ;</li> </ul> <p>Le(s) dossier(s) est(sont)-il(s) tenu(s) à jour pour chaque usager ?</p> <p>Le dossier donne-t-il une vision de l'accompagnement pluridisciplinaire apporté au jeune (travail du parcours) ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Dans certains dossiers manque la décision d'orientation.</p> <p>Sur les 9 dossiers d'usagers consultés, seul 1 dossier comportait un consentement écrit pour les soins, les interventions, et la participation aux activités.</p>
<p>2.3. Gestion d'information</p>	<p><b>2.2.4. La traçabilité des soins des professionnels de soins interne dans les dossiers médicaux et de soins</b></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"> <li>- Les pansements ?</li> <li>- Les surveillances glycémiques ?</li> </ul>	<p>Oui</p>	<p>Les soins, les observations et les transmissions paramédicales (IDE, Ergothérapeute) sont tracés sur le logiciel [REDACTED]</p> <p>La réfection des pansements est tracée sur le logiciel [REDACTED]</p> <p>Les surveillances glycémiques sont tracées sur le logiciel [REDACTED]</p>



## 2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-mê me IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p> <p><b>2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u></b></p> <p>Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?</p>			<p>Le bâtiment est de construction récente, inauguré en 2019. Les espaces de circulations sont vastes et étendus. D'un premier abord, il apparaît en adéquation avec les attendus du publics (espaces dégagés, espaces verts). Néanmoins, des infiltrations d'eau, des fissures amènent l'opérateur à enclencher la garantie décennale pour des « malifacons ».</p>
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p> <p><b>2.3.2. <u>Espaces extérieurs</u></b></p> <p>Le terrain comporte-il des terrains de jeux ? Le terrain comporte-il des espaces verts suffisants ? En milieu rural, la superficie du terrain correspond-elle à 2 hectares pour 50 lits ?</p>	<p>Oui Oui Non investigué</p>		<p>Les espaces extérieurs sont de grandes tailles et un parc aménagé pour les loisirs et activités des enfants est existant.</p> <p>Des espaces de jeux sont présents. Un parc aménagé en parcours pour fauteuil est présent. L'établissement est situé en milieu urbain.</p>
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p> <p><b>2.3.3. <u>Le suivi des réparations</u></b></p> <p>Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?</p>	<p>Oui</p>		<p>Les agents doivent remplir une fiche sur le logiciel adéquat qui permet au responsable logistique de faire les réparations. Soucis : certains agents expriment des délais importants entre déclaration et intervention.</p>
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p> <p><b>2.3.4. <u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u></b></p> <p>Les locaux sont-ils conformes pour les PMR en matière de :</p>			



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibilité,</li> <li>- Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ?</li> <li>- Circulations verticales : ascenseurs... ?</li> </ul> <p>Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptée aux handicapés des personnes accueillies ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le bâtiment répond dans son intégralité aux normes PMR.</p> <p>La signalisation via pictogramme est présente dans l'enceinte du bâtiment.</p>

## 2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement</p> <p><b>2.4.1. <u>Fonctionnalité et hygiène des locaux</u></b></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"> <li>- Pédagogiques,</li> <li>- Sportives,</li> <li>- De rééducation,</li> </ul> <p>Les locaux ont-ils un aspect familial ?</p> <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>L'aménagement des locaux permet-il à la structure de s'organiser en sections selon les handicapés des usagers ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Des salles adaptées pour les activités pédagogiques.</p> <p>Un gymnase permettant l'activité sportive intérieur et extérieur.</p> <p>Pour les salles d'activités.</p> <p>Les locaux sont pensés en termes d'unités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au RDC : Marelle et Météorite ;</li> <li>- Au 1<sup>er</sup> étage : Lotus, Mousse et Matebos ;</li> <li>- Au 2<sup>ème</sup> étage : Petits bateaux et Apprentis.</li> </ul> <p>Les unités TSA sont bien distinctes des unités polyhandicap.</p>	



Sous-thème (EAS)	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
Les professionnels	<p>La structure dispose-t-elle : (selon les besoins)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une cuisine,</li> <li>- D'une buanderie,</li> <li>- D'un atelier technique ?</li> </ul> <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>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Dans chaque unité.</p> <p>Dans chaque unité.</p> <p>Un espace dédié unique.</p> <p>Les professionnels ont leurs locaux dans une aile dédiée du bâtiment (RDC).</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p><b>2.4.2. La circulation dans les locaux</b></p> <p>Les ouvertures principales sont-elles automatisées ?</p> <p>Les couloirs utilisés par les usagers sont-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plus spacieux possibles,</li> <li>- Dépourvus de piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles ;</li> <li>- Constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol.</li> </ul> <p>Les murs sont-ils protégés par des pare-chocs et des revêtements adaptés et sont munis de mains courantes ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Portail automatisé à l'entrée et pour l'accès extérieur.</p> <p>Les couloirs sont larges et peuvent accueillir en circulation 2 fauteuils roulants.</p> <p>Les circulations ne posent pas de difficultés ou d'obstacle au déplacement.</p> <p>L'ensemble des murs sont revêtus de mains courantes.</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p><b>2.4.3. La salle d'apaisement</b></p> <p>La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait au calme et l'apaisement des usagers ?</p>	<p>Non</p>	<p>L'établissement ne dispose pas d'un espace de retrait pour les usagers.</p> <p><b>Remarque 12: Pour un accompagnement de qualité et la gestion des comportements problèmes l'absence d'un espace de retrait ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.</b></p>
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p><b>2.4.4. Les chambres : mixité</b></p> <p>Les chambres ne sont pas mixtes (enfant de plus de 6 ans) ?</p>	<p>Non</p>	<p>Les enfants sont dans des chambres dédiées (garçons et filles séparées).</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieur et équipement	<p><b>2.4.5. <u>Chambre : architecture</u></b></p> <p>La superficie des chambres est-elle réglementaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chambre seule : 9 m<sup>2</sup>,</li> <li>- Chambre collective : 4 lits maximum par chambre et 5 m<sup>2</sup> par lit</li> </ul> <p>La superficie des chambres est-elle réglementaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chambre seule : 10,5 m<sup>2</sup></li> <li>- Chambre collective : 4 lits maximum par chambre et 10m<sup>2</sup> par lit - 1,5 m entre chaque lit ?</li> </ul> <p>La hauteur des fenêtres permet-elle de bénéficier constamment d'une vue sur l'extérieur ?</p> <p>L'agencement des chambres préserve-t-il l'intimité des usagers ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les espaces des chambres sont conformes à la réglementation.</p> <p>Le maximum est de 2 lits dans l'établissement.</p> <p>La luminosité est présente dans les chambres.</p> <p>Les chambres bénéficient de fermetures automatiques qui ne peuvent s'ouvrir que de l'intérieur.</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieur et équipement	<p><b>2.4.6. <u>Chambre : mobilier</u></b></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>Le mobilier des chambres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-il adapté au handicap des usagers accueillis ?</li> <li>- Ressemble-t-il au mobilier des enfants et adolescents non handicapés ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>Le mobilier s'apparente à du mobilier familial.</p> <p>Adapté pour le polyhandicap.</p> <p>Toutefois, l'équipe d'inspection a constaté la présence de portes arrachées et portes dégonnées liée à un profil TSA / TND accueilli dans la structure.</p> <p>Armoires, lits, chaises, adaptés au mobilier d'enfants non handicapés.</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieur et équipement	<p><b>2.4.7. <u>Les pièces d'eau</u></b></p> <p>Le revêtement de sol des pièces d'eau est-il antidérapant ?</p> <p><b>Les salles de bains</b></p>	<p>Oui</p>	<p>Les pièces d'eau sont propres et aménagées avec des surfaces adaptées</p>







## 2.5. Sécurités

Bois- thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.1. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u></b> Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ? Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ? Le marquage des DASRI est-il conforme ?</p>	<p>Oui Oui Oui</p>	<p>Il existe un local d'entreposage des DASRI situé au RDC dans un local dédié sécurisé.</p>
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.2. <u>Les vaccinations des usagers</u></b> Y-a-t-il un suivi des vaccinations des usagers ?</p>	<p>Oui</p>	<p>L'équipe d'inspection a consulté 5 dossiers médicaux. Elle a constaté qu'un suivi vaccinal est réalisé pour chaque usager.</p>
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.3. <u>L'aide à la prévention des chutes</u></b> Des installations de lève-personne, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmerie ? Les professionnels sont-ils formés à l'utilisation du matériel de manutention et d'aide à la personne ? Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : - Barres d'appui systématiques</p>	<p>Partiellement  Oui</p>	
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.4. <u>La prévention des fugues</u></b> La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues adapté à l'âge du jeune ?</p>	<p>Oui</p>	
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.5. <u>L'identification des usagers (identitovigilance)</u></b> Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? (Photos, étiquettes, bracelets, ...)</p>	<p>Oui</p>	<p>Le chariot de médicaments du 2<sup>ème</sup> étage contient des compartiments identifiés par le nom, prénom, photo et date de naissance de l'usager. Des casiers contenant les médicaments hors piluliers des usagers au 1<sup>er</sup> étage sont identifiés par le nom, prénom et photo de l'usager. Lors de l'observation des repas, l'équipe d'inspection a constaté la présence de photos des usagers sur les tables de restauration et des photos d'usagers sur des fiches individuelles accrochées aux murs, indiquant les habitudes, la dépendance et le régime de chaque usager.</p>



Sous-thème IGAS 2.5 Sécurité	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p><b>2.5.6. PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</b></p> <p>Le PV de la commission émet-il un avis favorable ? Le cas échéant, les recommandations ont-elles été levées ?</p>	<p>Oui Oui</p>	<p>Le dernier PV en date du 31 juillet 2024 a émis un avis favorable à la poursuite de l'activité.</p>



### 3. Prises en charge

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

Sous-thème I6A5	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie.</p> <p>3.1.1. <u>L'admission</u></p>	<p>Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission ?</p> <p>Via Trajectoire est-il utilisé ?</p> <p>Existe-t-il une commission d'admission ?</p> <p>Qui donne son avis sur les dossiers d'admission ?</p> <p>Quels sont les critères de refus d'admission ?</p> <p>Les motifs de refus sont-ils notifiés aux familles ?</p> <p>Le directeur informe-t-il la MDPH dans un délai de 15 jours sur les admissions prononcées ?</p> <p>Y a-t-il une visite de préadmission pour l'usager 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>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La procédure d'admission date du 27 septembre 2019, elle est en cours de révision ;</p> <p>La commission d'admission a lieu une fois par trimestre, participent la Directrice, le médecin généraliste, le médecin psychiatre, le chef de service paramédical, les chefs de services éducatif et l'assistante sociale.</p> <p>La CDA est une instance décisionnaire. Les membres ont un avis consultatif et la direction a le pouvoir de décision : recevable ou non recevable.</p> <p>Les critères de refus sont lorsque le dossier est incomplet ou lorsque le jeune ne répond pas à l'agrément de l'établissement.</p> <p>Courrier aux parents ou tuteurs.</p> <p><b>Écart 12 : En n'informant pas la MDPH des suites données aux désignations de la CDAPH dans un délai de 15 jours, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-35 du CASF.</b></p> <p>Lorsqu'une place se libère, ou en anticipation de sa disponibilité, le chef de service éducatif contacte la famille et organise un premier RDV de prise de contact.</p> <p>Une période d'observation est proposée pour une durée de 15 jours calendaires. Une visite médicale de préadmission est organisée en amont du début de la période d'observation.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p><b>3.1.2. Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »</b></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>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p><b>3.1.3. Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)</b></p> <p>Un contrat de séjour ou un DIPC est élaboré à l'admission de l'utilisateur ?</p> <p>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).</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p><b>3.1.4. Le livret d'accueil</b></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"> <li>- La charte des droits et libertés de la personne accueillie ;</li> <li>- Le règlement de fonctionnement ;</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.5. <u>Les médecins traitants</u></b></p> <p>Les usagers ont-ils tous un médecin traitant identifié par la structure ?</p>	Non	
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.6. <u>La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers</u></b></p> <p>La coordination des différents professionnels (planning des usagers) favorise-t-elle une PEC de qualité du jeune et un accompagnement adapté ?</p> <p>Le directeur assure la coordination avec les intervenants extérieurs ?</p>	Oui  Non	Des réunions d'équipes et pluridisciplinaires permettent de faire le point sur le suivi des usagers. Ont pu être notamment consultés les comptes rendus de réunions d'équipe de « Corde à sauter », unité « Petit Bateau », unité « Hévéa », des comptes rendus individuels sont vus en point de coordination...
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.7. <u>Les transmissions inter équipes</u></b></p> <p>Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ?</p> <p>Le chevauchement des équipes permet-il les transmissions inter équipes ?</p> <p>Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ?</p>	Oui Oui Oui	Sur le logiciel [REDACTED]
3.1 Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.8. <u>L'amendement Creton</u></b></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>	Oui	11 usagers ont 20 ans et plus.



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p><b>3.1.9. La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie</b>  La sortie des usagers est-elle anticipée auprès de la MDPH ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Il existe une procédure de sortie définitive d'un usager de l'IME, elle s'applique dans le cadre de l'accompagnement des usagers pour lesquels une solution de continuité de prise en charge en dehors de l'établissement est trouvée.  La poursuite de parcours et sortie de l'établissement se travaille dès l'âge de 16 ans avec le coordinateur de parcours.  Un document de sortie définitive signé est envoyé pour information à la MDPH du département concerné.  La procédure de sortie ne le précise pas et devrait être complétée en ce sens et appliqué.</p>
	<p>Les décisions et les motifs de sortie de l'usager sont-ils gardés dans le dossier de l'usager ?</p>	<p>Non</p>	<p><b>Écart 13 :</b> En ne conservant pas les décisions et les motifs de sortie de l'usager dans son dossier, l'établissement contrevient à l'article D312-37 (6è) du CASF.</p>
	<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 ?</p>	<p>Non</p>	<p>Le suivi des usagers durant au moins 3 ans et les modalités de conservation des informations dans le dossier des usagers n'est pas mentionnée dans la procédure de sortie.  <b>Écart 14 :</b> En n'assurant pas un accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle pendant les trois ans suivants la sortie de la personne accompagnée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-18 du CASF.</p>
	<p>Les informations dont dispose l'établissement sur le devenir du jeune pendant un délai de trois ans après la sortie définitive sont-elles gardées dans le dossier des usagers ?</p>	<p>Non</p>	<p><b>Écart 15 :</b> En ne conservant pas les informations sur le devenir du jeune dans son dossier, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-37 (7è) du CASF.</p>
<p>3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie</p>	<p><b>3.1.10. Le service social</b>  Un service social, confié à un assistant de service social, est-il présent dans la structure ?</p>	<p>Oui</p>	







Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>Les PPA prévoient-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent et à faciliter la communication et la socialisation.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p><b>Écart 17 : Mettre en conformité la fiche de procédure de réalisation et suivi des PPA ainsi que le contenu du PPS en conformité avec l'article D312-12 du CASF.</b></p>	

### 3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.4. Respect des droits des personnes</p> <p>3.3.1. <u>Les personnes qualifiées départementales</u></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>	<p>Oui</p>		

### 3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.3. Vie sociale et relationnelle</p> <p>3.4.1. <u>Relations avec les familles</u></p> <p>Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Les familles peuvent se rendre sur les unités.</p> <p>Une fois par mois est organisée une journée sans transport ce qui permet de maintenir le lien avec les familles.</p> <p>Sont également organisés des spectacles, contes, la fête de l'établissement, une course solidaire, Noël...</p>	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ?</p> <p>La structure accompagne-t-elle les familles et l'entourage habituel des usagers, notamment dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La révélation des déficiences et incapacités,</li> <li>- La découverte des conséquences,</li> <li>- L'apprentissage des moyens de relation et de communication ?</li> </ul> <p>Y-a-t-il un moyen de communication entre la structure et les familles (cahier de liaison, réunion, mail, journée à thème, journées portes ouvertes aux familles, ...)</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>L'absence de médecin régulier sur site ne permet pas de réaliser de diagnostic, qui est déjà établi et partagé. Cependant toute modification de comportement de l'usager fait l'objet d'alerte et d'échanges auprès des familles.</p> <p>Un travail est engagé avec les familles pour la continuité de l'accompagnement à domicile, notamment par le partage du classeur PECS.</p> <p>Mise à disposition d'un registre réclamation et plaintes.</p> <p>Un retour est fait par mail et par écrit pour clôturer l'évènement.</p> <p>Les familles peuvent être reçues en réunion, visio ou téléphone. Souvent les parents se déplacent également sur site.</p>
<p>3.3. Vie sociale et relationnelle</p>	<p><b>3.4.2. Organisation de sortie extérieure</b></p> <p>La structure organise-t-elle des sorties extérieures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur une journée ;</li> <li>- Sur plusieurs jours ?</li> </ul> <p>Y-a-t-il une procédure d'organisation des sorties extérieures ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe au sein de l'établissement une procédure de sortie d'usager à l'extérieur de l'IME dont l'objectif est de garantir sa sécurité ainsi que la continuité de son traitement habituel. Cette procédure s'adresse à tout professionnel accompagnant les jeunes à l'extérieur de l'IME.</p> <p>Il existe également au sein de la structure une procédure de transfert qui précise l'ensemble des démarches à effectuer en amont du transfert pour sa bonne organisation</p>
<p>3.3. Vie sociale et relationnelle</p>	<p><b>3.4.3. Vie relationnelle, affective et sexuelle</b></p> <p>Y a-t-il des temps communs entre les différentes unités ?</p> <p>Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ?</p>	<p>Non investigué</p> <p>Oui</p>	<p>Mise en place d'un groupe de travail sur la vie affective et sexuelle des jeunes qui se réunit un jeudi par mois pour échanger sur les situations rencontrées sur le terrain, ajuster les pratiques professionnelles et sur comment intégrer les parents.</p>



### 3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p> <p><b>3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u></b></p> <p>Y a-t-il une organisation pour le transport des jeunes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre leur domicile et la structure ?</li> <li>- Entre la structure et l'internat ?</li> </ul> <p>Y a-t-il des conventions passées avec les chauffeurs ?</p> <p><b>3.5.2. <u>La tenue vestimentaire des jeunes</u></b></p> <p>La tenue vestimentaire des usagers est-elle imposée ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Pour les jeunes de l'ASE, mise en place d'un service externalisé</p>	

### 3.6. L'hébergement, l'internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p> <p><b>3.6.1. <u>L'internat</u></b></p> <p>L'internat est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans les locaux de l'institut ?</li> </ul> <p>Quelle est la capacité de l'internat ?</p> <p>Quels sont les jours et horaires de fonctionnement de l'internat ?</p> <p>La surveillance de nuit est-elle adaptée et organisée ?</p> <p>Des activités sont-elles programmées pour occuper le temps libre des usagers ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>L'établissement dispose de 90 places d'internat</p> <p>Selon le règlement de fonctionnement daté de 2019 l'internat est ouvert 329 jours par an.</p> <p>Selon le projet d'établissement, l'accompagnement des usagers de l'internat commence à 16 h 15 jusqu'au lendemain 9 h lors du démarrage des activités.</p>	



Sous-thème ICAF	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.6.2.	<p><b>L'hygiène corporelle selon l'autonomie</b></p> <p>L'hygiène corporelle des usagers fait elle l'objet d'une programmation / organisation ?</p> <p>L'hygiène corporelle des usagers est-elle suivie et tracée ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe un plan de soins personnalisé pour chaque usager sur logiciel [REDACTED]</p> <p>La traçabilité des soins corporelle est réalisée sur le logiciel [REDACTED]</p>
3.6.3.	<p><b>Les changes</b></p> <p>Les changes sont-ils effectués aussi souvent que nécessaire ?</p> <p>Y a-t-il des temps planifiés pour des passages aux toilettes et les changes ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il a été indiqué qu'un planning de change est renseigné dans le logiciel [REDACTED]</p> <p>Le 1<sup>er</sup> change est effectué le matin entre 7 h 45 et 9 h lors de la toilette. Un 2<sup>ème</sup> change est réalisé à 12 h30, suivi d'un 3<sup>ème</sup> à 14 h. Un 4<sup>ème</sup> change à lieu entre 17 h 30 et 18 h. Enfin, à partir de 20 h, le personnel procède à la mise en place des protections de nuit.</p>
3.6.4.	<p><b>Le circuit du linge</b></p> <p>La structure prend-elle en charge l'entretien du linge ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Le linge appartenant à l'établissement est géré par la société [REDACTED]</p> <p>Les familles sont responsables de la gestion du linge personnel de l'usager. Un sac dédié au linge sale est placé dans la chambre de l'usager et est récupéré par les familles en fin de semaine.</p> <p>Le linge appartenant aux usagers en internat de semaine et de week-end est géré par l'établissement.</p>
	<p>Y a-t-il une procédure de la gestion du linge :</p>	<p>Non</p>	<p>L'équipe d'inspection a pris connaissance uniquement d'une « procédure gestion du linge contaminé ».</p> <p><b>Écart 18 : En ne disposant pas d'une procédure de la gestion du linge, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-31 du CASF.</b></p>



## 3.7. L'alimentation

Sous-thème ICRS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.7.1. <u>La conception des repas</u></b></p> <p>Les repas des jeunes sont-ils équilibrés, variés et adaptés à leur âge ?</p> <p>Il y a-t-il une commission des menus ?</p> <p>Les repas sont-ils préparés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur place</li> </ul> <p>Existe-t-il un contrat entre la structure et le prestataire ?</p> <p>Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution (allergie, fausse route, diabétique, sans porc, ...)?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>Lors de l'observation des repas, l'équipe d'inspection a constaté que ceux-ci étaient variés, adaptés à l'âge des usagers, et offraient différentes textures (mixé, mouliné, normal et haché).</p> <p>Les menus sont élaborés par la société [REDACTED] Une commission des menus se réunit 3 fois par an.</p> <p>Les repas sont préparés en liaison froide sur site, avec un chef d'équipe sur place.</p> <p>Selon les entretiens et l'observation des repas, les régimes des usagers sont respectés. Cependant, en cas de refus de l'usager de prendre son repas en raison du goût ou pour d'autres raisons, il n'existe pas de menu ou de mets de substitution.</p> <p><b>Remarque 13:</b> En ne prévoyant pas de menu ou de mets de substitution, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.7.2. <u>Les salles de restauration</u></b></p> <p>Quels sont les horaires de repas et de collations ?</p> <p>Les périodes de jeûne sont-elles inférieures à 12 h ?</p>	<p></p> <p></p> <p>Non</p>	<p>Petit-déjeuner : 8 h 30 à 9h 30</p> <p>Déjeuner : 11 h 45 à 13 h 00</p> <p>Goûter : 15 h 45 à 16 h 30</p> <p>Dîner : 18 h 45 à 19 h 30</p> <p>Collation du soir : Pas de collation le soir</p> <p>L'amplitude horaire entre le dîner et le petit-déjeuner peut dépasser une durée de 12 heures. Dans le cadre de la prévention de la dénutrition, le jeûne nocturne ne doit pas dépasser 12 heures d'autant plus que les dîners peuvent être insuffisamment consommés par certains. Il convient de prévoir une collation nocturne (laitage, compote, biscuit, ...) pour ceux-là.</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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>Oui</p> <p>Oui</p>	<p><b>Remarque 14 :</b> En ne prévoyant pas de collation nocturne, l'établissement contrevient aux recommandations du GEM-RCN.</p>
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p><b>3.7.3. Les régimes, textures</b></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>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Un tableau intitulé « Besoin alimentaire par unités » a été remis à l'équipe d'inspection. Il détaille les textures alimentaires, les intolérances et les allergies des usagers.</p> <p>De plus, selon les entretiens, le recensement et le suivi des régimes est réalisé sur le logiciel [REDACTED].</p> <p>La cuisine est informée par téléphone et par courriel.</p>
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p><b>3.7.4. Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</b></p> <p>Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (ex. : Test du verre d'eau)</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p><b>Remarque 15 :</b> En ne formant pas ses professionnels aux troubles de la déglutition, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS.</p>
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p><b>3.7.5. La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</b></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>Quelles sont les actions en cas de dénutrition/obésité ou troubles de l'alimentation (CNO, aide, stimulation, ...) ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les usagers sont pesés 2 fois par an : à la rentrée scolaire et 6 mois plus tard.</p> <p>Une réunion pluridisciplinaire est organisée. Un plan d'action est élaboré. Si nécessaire, le pédiatre et/ou le généraliste intervient pour prescrire un nouveau régime.</p>



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

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	<p><b>3.8.1. L'organisation du champ de l'éducation dans le projet d'établissement</b></p> <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 de l'éducation ?</p>	Non	<p><b>Écart 19 :</b> En n'intégrant pas les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec les professionnels exerçant dans le champ de l'éducation, l'établissement contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.</p>
3.5 Champ de l'éducation	<p><b>3.8.2. L'organisation des activités éducatives</b></p> <p>Chaque jeune dispose-t-il d'un emploi du temps individualisé qui retrace fidèlement ses activités ?</p> <p>Les activités éducatives sont-elles réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuellement ;</li> <li>- Collectivement ?</li> </ul> <p>Les activités éducatives sont-elles organisées en fonction des besoins propres de chaque usager conformément au PPA ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	
3.5 Champ de l'éducation	<p><b>3.8.3. Articulation des équipes éducatives et pédagogiques</b></p> <p>Y a-t-il une convention entre la structure et le ministère de l'Éducation nationale ou un établissement privé sous contrat ?</p> <p>Les professionnels de la structure et les enseignants se concertent-ils ?</p> <p>Les professionnels de la structure participent-ils à la formation des enseignants ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Convention avec l'EN pour ce qui concerne le UE</p> <p>Ils sont présents lors du PPA, un travail conjoint est organisé dans les unités. Ils participent à la vie de l'établissement, et à ses différents événements</p>



### 3.9. Champ de l'éducation : la scolarisation

Sous-système ICA-S	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.5 Champ de l'éducation	<b>3.9.1. <u>L'intégration scolaire</u></b> La structure met-elle en œuvre des actions d'intégration scolaire en milieu scolaire ordinaire, adapté ou protégé	Oui	Un travail en partenariat est engagé avec la ville de Grigny
3.5 Champ de l'éducation	<b>3.9.2. <u>La scolarisation en milieu ordinaire</u></b> Y a-t-il des jeunes scolarisés en milieu ordinaire ? Y a-t-il des jeunes inscrits dans leur établissement scolaire de référence ? Une convention est-elle signée entre établissement scolaire et la structure ? La structure accompagne-t-elle les jeunes et leur famille dans la prise en charge des coûts de transport entre la structure et l'école ?	Non Non investigué Oui Non	
3.5 Champ de l'éducation	<b>3.9.3. <u>La scolarisation en unités d'enseignement</u></b> Y a-t-il une unité d'enseignement : - Au sein de la structure ; - Dans un établissement scolaire ? Y a-t-il une convention entre la structure et l'Éducation nationale pour la mise en œuvre d'une unité d'enseignement ? L'unité d'enseignement dispense-t-elle : - Un enseignement général ?	Oui Oui Oui Oui	
3.5 Champ de l'éducation	<b>3.9.4. <u>Les projets personnalités de scolarisation</u></b> Un enseignant référent est-il désigné pour chaque jeune ?	Oui	



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Le projet individualisé de scolarisation de chaque usager est inclus dans le PPA ?	Non	<p><b>Écart 20 :</b> En n'incluant pas dans le projet personnalisé d'accompagnement le projet personnalisé de scolarisation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-10-3 du CASF.</p>

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p><b>3.10.1. Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</b></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>Oui</p> <p>Oui</p>	
<p><b>3.10.2. Missions médicales</b></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> <p>L'équipe médicale et paramédicale assure-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille</li> <li>- La surveillance générale de l'établissement en coordination avec le directeur en ce qui concerne <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'hygiène de vie des usagers ;</li> </ul> </li> </ul>	<p>partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Selon les entretiens, [ ] jouerait le rôle de coordonnateur. Cependant, la fiche de poste n'a pas été transmise.</p> <p><b>Écart 21 :</b> En ne disposant pas de médecin désigné pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-22 du CASF.</p>	



Sous-thème ICAIS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'alimentation des usagers ?</li> </ul> <p>Un bilan complet annuel est-il réalisé pour chaque usager ?</p> <p>Les missions de surveillance médicale, de soins de maternage et d'appareillage adapté sont-elles réalisées ?</p> <p>Les missions de surveillance médicale et technique des adaptations prothétiques et orthoptiques sont-elles réalisées ?</p> <p>Y a-t-il des astreintes médicales ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>L'équipe d'inspection a consulté 5 dossiers médicaux. Elle a constaté qu'un suivi est réalisé pour chaque enfant devant des signes cliniques d'appel. Cependant, elle relève l'absence de bilan complet annuel récent dans les dossiers médicaux consultés.</p> <p><b>Écart 22 :</b> En omettant de réaliser un bilan complet annuel récent pour chaque usager, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-13 du CASF.</p> <p>Il existerait une convention pour l'appareillage, fauteuil roulant et lit avec une société [REDACTED]. Cependant, l'équipe d'inspection n'a pas été destinataire de celle-ci.</p> <p><b>Écart 23 :</b> En ne garantissant pas une surveillance médicale et technique sur les adaptations prothétiques et orthoptiques, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-84 (5°) du CASF.</p> <p>L'équipe d'inspection constate la présence d'une surveillance médicale de jour et de nuit. De plus, en cas d'absence de médecin, les IDE se réfère au protocole relatif à la prise en charge des urgences .Un diagnostic infirmier est réalisé suivi d'un appel au 15 si nécessaire.</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.3. Le cabinet médical et l'infirmierie</b></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>Une réserve de pharmacie est-elle présente dans l'infirmierie</p> <p>L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?</p> <p>Les matériels de pesée (chaises, plateforme de pesée, peson...) sont-ils vérifiés régulièrement ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>L'établissement est équipé d'une chaise de pesée et d'une balance. Bien que leur fonctionnement soit vérifié mensuellement, aucune traçabilité de cette vérification n'est réalisée.</p>



Sous-thème JGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p><b>3.10.4. La prise en charge en rééducation</b></p> <p>La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ?</p> <p>La salle de rééducation est-elle adaptée aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents accueillis, notamment des installations de balnéothérapie. ?</p> <p>Les missions d'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires sont-elles réalisées ?</p> <p>Les missions d'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication, sont-elles réalisées ?</p>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p><b>Écart 24 :</b> En omettant d'assurer la traçabilité de la vérification d'un dispositif médical (matériels de pesée) contrevient aux dispositions de l'article L.5212-1 CSP.</p> <p>Présence d'une balnéothérapie non fonctionnelle.</p> <p>L'équipe d'inspection a constaté dans les dossiers médicaux la présence de comptes rendus d'ergothérapeute.</p>
<p>3.9 Champ thérapeutique</p>	<p><b>3.10.5. Les prescriptions médicales</b></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 IDE sont-elles conduites à saisir elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical/de soin ?</p> <p>Les prescriptions sont-elles conformes en comportant les données actualisées suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Date de la prescription</li> <li>- Nom, qualité et signature du prescripteur</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	



Sous-thème IGA5	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dénomination, posologie, durée et voie d'administration</li> <li>- Dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité</li> <li>- Respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois)</li> </ul> <p>Sur les ordonnances, la nécessité d'un auxiliaire médical est-elle indiquée pour les soins/actes ne relevant pas de la vie courante ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.6. Les prescriptions de rééducation</b></p> <p>Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Selon les entretiens certaines séances de psychomotricité ne feraient pas l'objet de prescriptions médicales.</p> <p><b>Écart 25 :</b> En organisant des séances de psychomotricité sans prescription, l'établissement contrevient à l'article L 4332-1 du CSP</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.7. Les prescriptions des appareillages (fauteuil, coque, ...)</b></p> <p>Quels professionnels établissent les prescriptions initiales de dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques ?</p> <p>Les appareillages sont-ils adaptés en fonction de la croissance de l'utilisateur (poids, taille) ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Lors de l'étude des dossiers médicaux, l'équipe d'inspection a constaté la présence de prescriptions médicales sur les dispositifs médicaux d'appareillages ou d'aides techniques réalisés par le médecin.</p>
	<p><b>3.10.8. Le dossier de liaison d'urgence (DLU)</b></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>Oui</p>	<p>Il existe uniquement un « Protocole d'impression du DLU en cas de départ d'un jeune aux urgences ». Selon les entretiens, ils sont mis à jour régulièrement (à chaque ajout de document).</p> <p>Ils sont stockés sur le logiciel de soin [REDACTED]</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.9. Le registre de l'état sanitaire</b></p>	<p>Oui</p>	



Sous-séquence IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
<p>3.3 Champ thérapeutique</p>	<p>Un registre sanitaire est-il tenu à jour pour les accidents ou incidents survenus et les hospitalisations ?</p> <p><b>3.10.10. Le défibrillateur automatique externe (DAE)</b></p> <p>Le défibrillateur automatisé externe est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présent au sein de la structure ?</li> <li>- En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignote)</li> <li>- Accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires, claire et visible ?</li> <li>- Accessible par tous ?</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il n'existe pas de registre sanitaire.</p> <p><b>Écart 26 :</b> En ne disposant pas de registre sanitaire pour les accidents ou incidents survenus et les hospitalisations, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33(5<sup>e</sup> alinéa) CASF.</p> <p>Le DAE est situé au rez-de-chaussée au niveau de l'accueil de l'établissement.</p>
	<p><b>3.10.11. Le chariot d'urgence</b></p> <p>Le chariot d'urgence est- il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stockée dans un endroit sécurisé ?</li> <li>- Accessible par les professionnels ?</li> <li>- Scellée ?</li> <li>- Vérifiée périodiquement ?</li> <li>- La vérification est-elle tracée ?</li> <li>- Permet-elle il la prise en charge de toute situation d'urgence dans l'attente des secours ?</li> </ul> <p>La (les) trousse(s) de premiers secours sont-elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stockée(s) dans un endroit sécurisé ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Le chariot d'urgence est situé dans l'infirmierie sécurisée du 1<sup>er</sup> étage.</p> <p>L'établissement dispose de 3 trousses de premiers secours réparties dans les 3 infirmières. Toutefois, les trousses stockées dans les infirmières du rez-de-chaussée et du 1<sup>er</sup> étage sont conservées dans des endroits non sécurisés.</p>



Sous-thème ICAFS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stockée(s) dans un endroit connu de tous les professionnels ?</li> <li>- Vérifiée(s) périodiquement et à chaque utilisation ?</li> <li>- Sa (leur) vérification est-elle tracée ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p><b>Écart 27 :</b> En ne sécurisant pas l'accès aux trousseaux de premiers secours, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 (1°) CASF.</p> <p>Sa vérification est réalisée mensuellement.</p> <p>La vérification des trousseaux de premiers secours est correctement tracée. Toutefois, l'équipe d'inspection a relevé la présence de produits périmés dans celles-ci.</p> <p><b>Écart 28 :</b> En conservant des produits de premiers secours périmés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) CASF.</p>
<p>3.8 Clinique thérapeutique</p>	<p><b>3.10.12. Matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration</b></p> <p>La structure dispose-t-elle de matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration ?</p> <p>Les professionnels sont-ils formés à leur utilisation ?</p> <p>Les obus d'oxygène sont-ils stockés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avec un système de fixation (prévention de chutes)</li> <li>- Dans un local dédié et sécurisé</li> <li>- Un montage d'aspiration est-il opérationnel ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>L'établissement dispose, dans un local sécurisé, d'un concentrateur d'oxygène et d'un aspirateur de mucosités fonctionnel.</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'obus d'oxygène.</p> <p><b>Écart 29 :</b> En ne disposant pas d'obus d'oxygène stockés dans un système de fixation, dans un local sécurisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) CASF.</p>
	<p><b>3.10.13. Les procédures et protocoles de soins</b></p> <p>Y-a-t-il des protocoles ou procédures de soins ?</p> <p>Y-a-t-il des protocoles pour les cas particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'urgence ?</li> <li>- De crise d'angoisse ?</li> <li>- De crise d'épilepsie ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les protocoles et les procédures de soins sont stockés dans le logiciel [REDACTED].</p>



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p>- D'épisode douloureux ?</p> <p>Les professionnels connaissent-ils ces procédures et protocoles ?</p> <p>Les professionnels savent-ils où ils sont mis à disposition ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	
	<p><b>3.10.14. <u>Prise en charge des usagers atteints de troubles de spectre de l'autisme (TSA) et troubles du neuro-développement (TND)</u></b></p> <p>Les habitudes de vie et les éléments déclencheurs de comportements problématiques sont-ils recensés dans des fiches individuelles ?</p> <p>Ces fiches sont-elles intégrées dans le PPA ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Selon les entretiens et la procédure d'élaboration du PPA, les fiches individuelles concernant les habitudes de vie et les éléments déclencheurs de comportements problématiques ne sont pas incluses dans ce dernier. Seul le formulaire de recueil des attentes de la famille et celui du jeune y figurent selon la procédure.</p>
	<p>Les méthodes de prise en charge des TSA et TND respectent-elles les recommandations de la HAS ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p><b>Remarque 16:</b> En ne prévoyant pas l'intégration des fiches sur les habitudes de vie et les éléments déclencheurs de comportements problématiques dans le PPA, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS.</p> <p>Mise en place de techniques de communications PECS.</p> <p>Manque d'appropriation d'outils concernant les approches développementales et comportementales telles que TEACCH, Denver...</p>
	<p><b>3.10.15. <u>Prise en charge d'une crise d'épilepsie</u></b></p> <p>Quels sont les médicaments utilisés dans l'établissement lors d'une crise d'épilepsie ?</p> <p>Des protocoles cadrent-ils l'utilisation et l'administration des médicaments dédiés au traitement d'une crise d'épilepsie ?</p>	<p>Oui</p>	<p><b>Remarque 17:</b> En n'utilisant pas l'ensemble des recommandations de l'HAS, l'établissement ne permet pas d'utiliser l'ensemble des moyens de communication sur les approches développementales et comportementales proposées par l'HAS.</p> <p>Selon les entretiens, les IDE utilisent le Valium™ lors d'une crise d'épilepsie.</p> <p>De plus, l'équipe d'inspection a constaté la présence de Buccolam™ dans l'établissement utilisé en cas d'absence d'IDE (annotation inscrite sur une ordonnance).</p>



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	Les professionnels sont-ils formés à leur utilisation ? A quelle fréquence ?	Partiellement	Les professionnels sont formés à son utilisation. Cependant, l'équipe d'inspection n'a constaté aucune traçabilité de la mise en œuvre de celle-ci permettant de vérifier que les actions sont réalisées conformément aux bonnes pratiques.
			<b>Remarque 18 :</b> En ne formant pas ses professionnels à l'usage des produits médicamenteux en cas de crise d'épilepsie, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS.

### 3.11. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p><b>3.11.1. La procédure du circuit du médicament</b> Y a-t-il une procédure du circuit du médicament au sein de la structure ?</p> <p><b>3.11.2. Communication avec la pharmacie</b> Quels sont les moyens de transmission : - Des ordonnances de l'IME à l'officine ;</p>	Oui	Les ordonnances sont remises en main propre à la pharmacie. Les échanges peuvent se faire par téléphone et par mail sécurisé.
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.11.3. Les stupéfiants</b> Existe-t-il un coffre spécifique pour les médicaments stupéfiants dont l'accès est sécurisé ?</p> <p>Y a-t-uniquelement des médicaments stupéfiants dans le coffre dédié ?</p> <p>Les entrées et sorties des stupéfiants sont-elles répertoriées dans un registre spécifique et tenu à jour ?</p>	Oui  Oui  Non	<p>L'établissement est équipé de 2 coffres à stupéfiants, l'un situé dans l'infirmière du 1<sup>er</sup> étage et l'autre dans celle du 2<sup>ème</sup> étage.</p> <p>Seul le traitement Buccolam™ est retrouvé et stocké dans les coffres à stupéfiants. Il est classé parmi les stupéfiants ou substances réglementées.</p> <p>L'équipe d'inspection a constaté une discordance entre le registre et les traitements retrouvés. Les professionnels consignent dans le registre uniquement les traitements administrés, mais omettent d'y enregistrer la réception des traitements.</p> <p>L'équipe d'inspection a observé que le registre des stupéfiants ne correspondait pas aux traitements retrouvés.</p>



Sous-système ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p><b>3.11.4. Les médicaments</b></p> <p>Y a-t-il une liste des médicaments préférentielle ?</p> <p>Y a-t-il un stock de médicaments pour besoins urgents ?</p> <p>La gestion et la vérification de la préparation à la distribution sont réalisées par l'IDE ?</p> <p>La <b>préparation des piluliers</b> est réalisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'officine en pharmacie (Préparation des doses à administrer (PDA)) ;</li> <li>- Les IDE de la structure ;</li> <li>- Les familles ?</li> </ul> <p>S'appuie-t-elle sur les dernières ordonnances en cours de validité ?</p> <p>La <b>livraison des piluliers</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-elle Hebdomadaire ?</li> <li>- Les contenants sont-ils scellés ?</li> <li>- Y a-t-il un contrôle des PDA par les IDE ?</li> </ul> <p>La <b>préparation des médicaments hors pilulier</b> (sous forme de gouttes, flacons multidoses) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est réalisée par l'IDE ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p><b>Écart 30 :</b> En ne tenant pas à jour le registre de stupéfiants réglementaire nominatif d'administration et de gestion des stupéfiants, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5132-36 du CSP.</p> <p>L'établissement dispose d'un livret thérapeutique.</p> <p><b>Écart 31 :</b> En ne disposant pas de stock de médicaments pour les besoins urgents, stockés dans un endroit sécurisé, préparés, distribués et vérifiés par les IDE, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R5126-108 et R5126-109 du CSP.</p> <p>L'administration des médicaments est réalisée au vu de la dernière prescription.</p> <p>Un double contrôle des PDA est réalisé d'après les professionnels rencontrés, mais il n'est pas formalisé.</p> <p><b>Remarque 19 :</b> En l'absence de traçabilité relative à la vérification des préparations à administrer par les IDE une fois livrées par la pharmacie, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'OMEDIT.</p>



Sous-thème EGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilise des contenants adaptés avec identification du jeune si prise ultérieure ?</li> <li>- Est réalisée juste avant l'administration ?</li> </ul> <p><b>Le broyage des médicaments est :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescrit après vérification dans la liste des médicaments écrasables ?</li> </ul> <p>Quels sont les professionnels qui participent à l'aide à la prise des médicaments ?</p> <p><b>La délégation de la distribution des médicaments :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est procédurée ;</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p>Les médicaments sous forme buvable sont préparés 1 h avant leur administration, ce qui est généralement acceptable selon l'OMEDIT.</p> <p>Les AMP, AES et éducateurs aident à la prise des médicaments pendant les repas et au coucher.</p> <p>La délégation de la distribution des médicaments à l'équipe éducative est notifiée dans la procédure sur le « Circuit du médicament ». Cependant certaines notions sont manquantes (voir ci-dessous).</p>
	<p>- Est réalisée par des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réglementairement autorisés en présence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social (AES (AMP, AVS))</li> <li>• Réglementairement autorisés en l'absence de l'IDE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture.</li> <li>• Formés et habilités nominativement par l'IDE ?</li> </ul> <p>- Ne concerne pas les médicaments en format multidoses, en goutte orale ou en injectable ?</p> <p>La traçabilité de l'administration des médicaments par l'IDE ou par délégation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se fait-elle en s'appuyant sur l'ordonnance ?</li> <li>- Est-elle tracée (y compris la non-administration avec motif) ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• En temps réel ?</li> </ul> </li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p><b>Écart 32 :</b> En ne disposant pas d'un protocole complet sur la délégation de la distribution des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions aux articles R4311-4 et R4311-7(6°) du CS</p> <p>Cette mention n'est pas notifiée dans la procédure.</p> <p>Une formation est dispensée par l'IDEC pour préparer tous les professionnels à cette tâche.</p> <p>Cette mention n'est pas notifiée dans la procédure.</p> <p>Lors de l'observation des repas, l'équipe d'inspection a pu constater que l'enregistrement de la délivrance des traitements est réalisée en temps réel sur le logiciel [REDACTED] l'ordinateur.</p>



Sous-thème ICAF	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>En différé ?</li> </ul>	Partiellement	<p>L'équipe d'inspection a pu constater que l'enregistrement de la délivrance des traitements du matin n'avait pas été encore enregistré sur le logiciel [REDACTED] bien que tous les traitements aient été distribués.</p> <p><b>Remarque 20 :</b> En ne garantissant pas une traçabilité en temps réel de la distribution et l'administration des médicaments de la journée, l'établissement n'est pas conforme aux règles de bonnes pratiques professionnelles.</p>
	<p>Le <b>l'identivigilance</b> est présente tout au long du circuit du médicament par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'identification du médicament et de son dosage jusqu'à l'administration ?</li> <li>L'identification du bon usager ?</li> </ul> <p>Le <b>stockage des médicaments</b> se fait dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des armoires sécurisées ;</li> <li>Des chariots à médicaments sécurisés ?</li> </ul> <p>Les médicaments hors piluliers sont-ils stockés de manière sécurisée dans les armoires et dans les chariots de médicaments ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>L'établissement dispose de 3 chariots de médicaments. Le chariot du 1<sup>er</sup> étage est sécurisé par une fermeture à clé. Cependant, les chariots du RDC et du 2<sup>ème</sup> étage sont sécurisés par un code non fonctionnel le jour de l'inspection.</p> <p>Le stock des médicaments, hors piluliers du 1<sup>er</sup> étage, n'est pas conservé de manière sécurisée.</p> <p><b>Écart 33 :</b> En ne sécurisant pas l'accès aux médicaments hors pilulier, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R5126-109 du CSP et de l'article L311-3 (1<sup>o</sup>) du CASF.</p>
	<p>Les <b>flacons multidoses</b> ouvert présentent-ils le marquage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Du nom de l'usager ?</li> <li>De la date d'ouverture</li> <li>De la date limite de conservation après ouverture ?</li> </ul> <p>Les <b>dates de péremption</b> des médicaments stockés sont régulièrement contrôlées ?</p> <p>Le <b>enceinte réfrigérée</b> pour le stockage des médicaments thermosensibles répond-elle aux critères suivants :</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p><b>Remarque 21 :</b> En n'identifiant pas de manière nominative et en n'inscrivant pas la date limite de conservation après ouverture sur les médicaments multidoses, l'établissement s'expose à un risque d'erreur d'identivigilance</p>



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle est dédiée aux médicaments ?</li> <li>- Elle est entretenue (nettoyée et dégivrée régulièrement) ?</li> <li>- Son entretien est tracé ?</li> <li>- Le contrôle de sa température est tracé quotidiennement ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	
<p>3.6 Champ thérapeutique</p>	<p><b>3.11.5. La préparation des médicaments pour les sorties à l'extérieur</b></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 mentionnés 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"> <li>- Formés à l'administration de ces médicaments spécifiques ?</li> <li>- Connaissent-ils les protocoles relatifs à l'utilisation de ces médicaments ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les IDE préparent les traitements pour les sorties à l'extérieur.</p> <p>Les professionnels encadrant les sorties institutionnelles sont formés par les IDE et par l'IDEC.</p>



## 4. Relations avec l'extérieur

### 4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement <b>4.1.1. Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</b> La structure est-elle proche de moyens de transport ? L'environnement extérieur de la structure est-il sécurisant ? (Environnement à risque)	Oui Oui		
4.1. Environnement <b>4.1.2. L'insertion de la structure dans la population locale</b> 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 ?	Oui		Il est organisé une course solidaire une fois par an. Le responsable communication et événementiel travaille sur l'ouverture de l'établissement dans son environnement (lien avec [REDACTED]...). Il existe un mécénat de compétence avec un bénévole en retraite progressive de chez [REDACTED] (apporte une expertise sur le projet immobilier).

### 4.2. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs <b>4.2.1. Les conventions et partenariats</b> La structure a-t-elle passé des conventions avec : - Un ou des établissements de santé ayant :	Non		<b>Écart 34 :</b> En ne disposant pas d'une convention passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-7 / D312-66 / D312-88 du CASF.



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un service d'urgence</li> <li>• Un service de réanimation susceptible d'intervenir dans des délais rapprochés ;</li> <li>• Des activités de psychiatrie infanto-juvénile ;</li> <li>- Un ou des centres d'action médico-sociale précoce ;</li> <li>- Un ou des centres médico-psychopédagogiques ;</li> <li>- Un ou des centres de ressources ;</li> <li>- D'autres établissements ou services d'éducation adaptée ;</li> </ul> <p>La structure a-t-elle passé des conventions avec :</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Avec l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges, pas de convention transmise</p> <p>Partenariat avec ecker et Trousseau mais absence de convention</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un dentiste ou un stomatologiste</li> </ul> <p>La structure a-t-elle passé des conventions avec :</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Un dentiste vient quelques heures par semaine.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un laboratoire d'analyse médicale</li> <li>- Un centre de radiologie</li> </ul>	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>L'établissement travaille avec le laboratoire [REDACTED]</p> <p>Un partenariat existe avec la [REDACTED]</p>



Sous-thème ICAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	La structure a-t-elle signé des conventions avec les professionnels libéraux ?	Oui	La mission a été destinataire d'une convention signée entre l'IME et un orthophoniste.
	Une convention a-t-elle été signée entre la structure et une officine en pharmacie ?	Oui	
	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 gestion des stupéfiants (prescription, livraison, traçabilité et contrôle du stock) ?	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'institut a-t-il des conventions avec des acteurs de droit commun (culturels et sportifs, CCAS, services de l'emploi, entreprise, etc.) ?	Partiellement	Pas de convention mais des liens avec plusieurs partenaires divers extérieurs.



## 5. Récapitulatif des écarts et des remarques

### 5.1. Écarts

<u>Écart 1 :</u>	En ne respectant pas l'agrément, l'établissement contrevient à l'article D312-0-3 (I) du CASF.	13
<u>Écart 2 :</u>	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	14
<u>Écart 3 :</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 R311-37 du CASF.	15
<u>Écart 4 :</u>	En ne disposant pas d'un projet d'établissement affiché au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions de l'article D311-38 du CASF.	15
<u>Écart 5 :</u>	En ne disposant pas de plan de formation dans le plan bleu, l'établissement contrevient à l'article R311-38-1 du CASF.	17
<u>Écart 6 :</u>	En ne précisant pas dans la page d'accueil si les instances représentatives du personnel et du CVS ont été consultées, l'établissement contrevient à l'article R 311-38-1 du(III) du CASF	17
<u>Écart 7 :</u>	En n'ayant pas l'organigramme à jour, l'établissement contrevient à la circulaire n° 138 DGAS du 24 mars 2004.	17
<u>Écart 8 :</u>	En ne précisant pas les 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, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.	17
<u>Écart 9 :</u>	En l'absence de contrôle de l'inscription à l'ordre des infirmiers des professionnels concernés, [REDACTED], ce qui contrevient à l'article L4311-15 CS.	33
<u>Écart 10 :</u>	En l'absence d'évaluation du professeur d'EPS, l'établissement contrevient à l'article L6315-1 du Code du travail.	33
<u>Écart 11 :</u>	En ne disposant pas de WC dédiés aux usagers adultes, l'établissement contrevient à l'article D312-93 du CASF	43
<u>Écart 12 :</u>	En n'informant pas la MDPH des suites données aux désignations de la CDAPH dans un délai de 15 jours, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-35 du CASF.	46
<u>Écart 13 :</u>	En ne conservant pas les décisions et les motifs de sortie de l'utilisateur dans son dossier, l'établissement contrevient à l'article D312-37 (6è) du CASF.	49
<u>Écart 14 :</u>	En n'assurant pas un accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle pendant les trois ans suivants la sortie de la personne accompagnée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-18 du CASF.	49
<u>Écart 15 :</u>	En ne conservant pas les informations sur le devenir du jeune dans son dossier, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-37 (7è) du CASF.	49
<u>Écart 16 :</u>	En n'informant pas les familles de l'évolution de l'utilisateur tous les semestres, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-14 du CASF.	50
<u>Écart 17 :</u>	Mettre en conformité la fiche de procédure de réalisation et suivi des PPA ainsi que le contenu du PPS en conformité avec l'article D312-12 du CASF.	51
<u>Écart 18 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure de la gestion du linge, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D312-31 du CASF.	54



<u>Écart 19 :</u>	En n'intégrant pas les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec les professionnels exerçant dans le champ de l'éducation, l'établissement contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	57
<u>Écart 20 :</u>	En n'incluant pas dans le projet personnalisé d'accompagnement le projet personnalisé de scolarisation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-10-3 du CASF.	59
<u>Écart 21 :</u>	En ne disposant pas de médecin désigné pour superviser la qualité des actions de l'équipe médicale et paramédicale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-22 du CASF.	59
<u>Écart 22 :</u>	En omettant de réaliser un bilan complet annuel récent pour chaque usager, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-13 du CASF.	60
<u>Écart 23 :</u>	En ne garantissant pas une surveillance médicale et technique sur les adaptations prothétiques et orthoptiques, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-84 (5°) du CASF.	60
<u>Écart 24 :</u>	En omettant d'assurer la traçabilité de la vérification d'un dispositif médical (matériels de pesée) contrevient aux dispositions de l'article L.5212-1 CSP.	61
<u>Écart 25 :</u>	En organisant des séances de psychomotricité sans prescription, l'établissement contrevient à l'article L 4332-1 du CSP	62
<u>Écart 26 :</u>	En ne disposant pas de registre sanitaire pour les accidents ou incidents survenus et les hospitalisations, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33(5° alinéa) CASF.	63
<u>Écart 27 :</u>	En ne sécurisant pas l'accès aux troussees de premiers secours, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3 (1°) CASF.	64
<u>Écart 28 :</u>	En conservant des produits de premiers secours périmés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) CASF.	64
<u>Écart 29 :</u>	En ne disposant pas d'obus d'oxygène stockés dans un système de fixation, dans un local sécurisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) CASF.	64
<u>Écart 30 :</u>	En ne tenant pas à jour le registre de stupéfiants réglementaire nominatif d'administration et de gestion des stupéfiants, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R5132-36 du CSP.	67
<u>Écart 31 :</u>	En ne disposant pas de stock de médicaments pour les besoins urgents, stockés dans un endroit sécurisé, préparés, distribués et vérifiés par les IDE, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R5126-108 et R5126-109 du CSP.	67
<u>Écart 32 :</u>	En ne disposant pas d'un protocole complet sur la délégation de la distribution des médicaments, l'établissement contrevient aux dispositions aux articles R4311-4 et R4311-7(6°) du CS	68
<u>Écart 33 :</u>	En ne sécurisant pas l'accès aux médicaments hors pilulier, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R5126-109 du CSP et de l'article L311-3 (1°) du CASF.	69
<u>Écart 34 :</u>	En ne disposant pas d'une convention passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-7 / D312-66 / D312-88 du CASF.	71



## 5.2. Remarques

- Remarque 1 : En ne disposant pas d'une fiche de poste de directeur datée et signée l'établissement ne répond pas aux bonnes pratiques 18
- Remarque 2 : En ne disposant pas d'une fiche poste, précisant les horaires de travail et dûment signée, par le chef paramédical, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques. 20
- Remarque 3 : En ne disposant pas d'une fiche poste individualisée, précisant les horaires de travail et dûment signée, par les chefs de service, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques. 20
- Selon le rapport d'activité 2023, le CVS s'est réuni les 24 mars 2023, 26 mai 2023 et 20 octobre 2023. 22
- Remarque 4 : En n'ayant pas de référent bientraitance titulaire d'une fiche de poste adaptée, l'établissement ne dispose pas d'un dispositif de promotion de la bientraitance optimal 25
- Remarque 5 : En ne formalisant pas la bientraitance dans les fiches de postes, l'établissement ne dispose pas d'un dispositif de promotion de la bientraitance optimal 26
- Remarque 6 : En n'inscrivant pas les « comportements problèmes » dans le projet d'établissement, l'établissement contrevient aux recommandations de l'HAS 27
- Remarque 7 : 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 s'expose à un risque de maltraitance non intentionnelle dû à une mauvaise compréhension de son rôle et n'est pas conforme aux recommandations de l'HAS. 33
- Remarque 8 : En ne disposant pas de fichier de gestion du personnel sur la vérification des casiers judiciaires sous la forme "oui/non", l'établissement n'est pas conforme aux recommandations du CNIL. 33
- Remarque 9 : Étant donné le nombre d'enfants présents sur l'établissement présentant des TSA / TND, le plan de formation doit s'étoffer d'actions d'accompagnement adapté à ce public. 34
- Remarque 10 : En ne disposant pas de fiche de tâches heurées, l'établissement contrevient aux recommandations de l'HAS 34
- Remarque 11 : En ne disposant pas d'une fiche poste individualisée, précisant les horaires de travail et dûment signée, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques. 36
- Remarque 12 : Pour un accompagnement de qualité et la gestion des comportements problèmes l'absence d'un espace de retrait ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS. 41
- Remarque 13 : En ne prévoyant pas de menu ou de mets de substitution, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS. 55
- Remarque 14 : En ne prévoyant pas de collation nocturne, l'établissement contrevient aux recommandations du GEM-RCN. 56
- Remarque 15 : En ne formant pas ses professionnels aux troubles de la déglutition, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS. 56
- Remarque 16 : En ne prévoyant pas l'intégration des fiches sur les habitudes de vie et les éléments déclencheurs de comportements problématiques dans le PPA, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS. 65
- Remarque 17 : En n'utilisant pas l'ensemble des recommandations de l'HAS, l'établissement ne permet pas d'utiliser l'ensemble des moyens de communication sur les approches développementales et comportementales proposées par l'HAS 65



- Remarque 18 : En ne formant pas ses professionnels à l'usage des produits médicamenteux en cas de crise d'épilepsie, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS. 66
- Remarque 19 : En l'absence de traçabilité relative à la vérification des préparations à administrer par les IDE une fois livrées par la pharmacie, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'OMEDIT. 67
- Remarque 20 : En ne garantissant pas une traçabilité en temps réel de la distribution et l'administration des médicaments de la journée, l'établissement n'est pas conforme aux règles de bonnes pratiques professionnelles. 69
- Remarque 21 : En n'identifiant pas de manière nominative et en n'inscrivant pas la date limite de conservation après ouverture sur les médicaments multidoses, l'établissement s'expose à un risque d'identification 69



## 6. Conclusion

L'inspection de l'IME Marie-Auxiliatrice, géré par l'association Vivre-et-Devenir a été réalisé le 7 mars 2025 à partir des réponses apportées, des documents remis par l'établissement et des documents consultés sur site.

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

Thèmes et sous-Thèmes IGAS	Points fort	Points à améliorer
1. Gouvernance		
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation		Actualiser l'agrément qui n'est pas en adéquation avec le public accueilli
1.2 Management et stratégie :	Outils de loi 2002-2 mis en place Présence d'un organigramme Relations entre le gestionnaire et le directeur satisfaisantes Existence d'une astreinte administrative Des affichages présents et visibles	Mettre à jour les outils (concerne le règlement de fonctionnement) Mettre à jour l'organigramme et veiller à son actualisation Actualiser les fiches de postes
1.3 Animation et fonctionnement des instances	Présence d'un CVS - RAS	
1.4 Gestion de la qualité	Présence d'un responsable qualité et autres référents sur plusieurs autres thématiques Existence d'un PACQ Politique de promotion de la bientraitance formalisée Procédure de déclaration en cas de maltraitance connue	Mettre en place un référent bientraitance et formaliser la bientraitance dans les fiches de postes Inscrire la gestion des comportements problème dans le projet d'établissement
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La gestion des risques, des crises et des événements indésirables est bien institutionnalisée	
2. Management et stratégie		
2.1 Gestion des RH	Des effectifs en adéquation avec les publics accueillis Compensation des postes vacants par des vacations Mise en place d'actions de fidélisation des professionnels Des plannings réalisés sur le logiciel des temps de travail	Inciter ■■■■■■■■ ■■■■■■■■ à s'inscrire à l'Ordre des médecins Compléter les fiches de postes, les individualiser, les dater, les signer, préciser les horaires de travail.
2.2 Gestion d'information	Présence du RUP Présence d'un registre des présences quotidiennes	Veiller à la bonne tenue des dossiers des jeunes par la complétude des documents réglementaires
2.3 Bâtiments et espaces extérieurs	Des locaux de surface agréable, des espaces extérieurs bien aménagés, présence de plusieurs équipements adaptés au handicap Le bâtiment date de 2019, donc récent, néanmoins est enclenchée la	



	garantie décennale pour des « malfaçons »	
2.4 Locaux et équipements	Des salles adaptées pour les activités pédagogiques et sportives Circulations spacieuses Architecture des chambres adaptée	Absence d'espace de retrait
2.5 Sécurité	Présence d'un local DASRI Système anti-fugue Identitovigilance Avis favorable au maintien de l'activité de la commission pour sécurité incendie	
3. Prises en charge		
3.1 Organisation de la prise en charge	Procédure d'admission Participation à la « réponse accompagnée pour tous » Conclusion d'un contrat de séjour / ou DIPC Remise du livret d'accueil Temps de transmission inter équipes	Compléter la procédure de sortie définitive d'un usager
3.2 Les projets d'accompagnement individualisés	Existence d'une procédure de réalisation et de suivi des PPA	Renforcer la procédure de suivi des PPA en faisant parvenir aux familles les informations sur l'évolution de l'usager tous les semestres
3.3 Respect du droit des personnes	Affichage de l'arrêté concernant les personnes qualifiées	
3.4 Vie sociale et relationnelle	Maintien du lien avec les familles Organisation de sorties extérieures Mise en place d'un groupe de travail sur la vie affective et sexuelle des jeunes	
3.5 Vie quotidienne	Mise en place des transports	
3.6 Hébergement et internat	Internat sur site Mise en place de plans et de traçabilité des plans soins d'hygiène corporelle	Mettre en place une procédure de gestion du linge
3.7 Alimentation	Locaux de prise des repas adaptés aux petits groupes Mise en place d'enquêtes de satisfaction Existence d'un suivi régulier de l'état nutritionnel	Mettre en place un menu ou des mets de substitution Prévoir une collation nocturne
3.8 Champ de l'éducation : : L'accompagnement éducatif	Existence d'un emploi du temps individualisé Convention avec l'Education nationale	Intégrer dans le projet d'établissement les modalités de coordination et de coopération de l'établissement avec les professionnels exerçant dans le champ de l'éducation



3.9 Champ de l'éducation : la scolarisation	Travail partenarial engagé avec la ville de Draveil	Inclure le projet personnalisé de scolarisation dans le projet personnalisé
3.10 Champ thérapeutique : les moyens pour la prise en soin	Organisation du travail des professionnels de santé et continuité des soins assurées	Justifier d'actions mises en œuvre pour disposer d'un médecin pour superviser des actions de l'équipe médicale et paramédicale Réaliser un bilan complet annuel récent pour chaque usager Veiller à ce que les actes de rééducation fassent l'objet de prescriptions Mettre en place le registre sanitaire Sécuriser l'accès aux trousse de premiers secours
3.11 Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	Existence d'une procédure du circuit du médicament	Tenir le registre des stupéfiants Disposer d'un stock de médicaments pour les besoins urgents Disposer d'un protocole complet sur la délégation de la distribution des médicaments Sécuriser l'accès aux médicaments
4. Relations avec l'extérieur		
4.1 Environnement	IME plutôt bien situé dans l'environnement urbain s'inscrivant dans la vie locale	
4.2 Coordination avec les autres secteurs	Existence de plusieurs partenariats	Rechercher à passer convention avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile

Le fonctionnement et l'organisation de l'établissement présentent des axes d'amélioration multiples afin de parfaire la prise en charge des usagers. Néanmoins, la mission a rencontré une équipe pluridisciplinaire motivée et force de proposition dans ce sens.

Evry-Courcouronnes, le XX

Martine DELAVOIX  
Inspectrice  
Coordinatrice de la mission



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

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



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



## 8. Annexes

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



Délégation départementale de l'Essonne

Affaire suivie par : Martine DELAVOIX  
Courriel : martine.delavoix@ars.sante.fr

[REDACTED]  
Coordnatrice et inspectrice de l'action sanitaire et sociale

[REDACTED]  
Personne qualifiée désignée par l'ARS

[REDACTED]  
Personne qualifiée désignée par l'ARS

[REDACTED]  
Personne qualifiée désignée par l'ARS

[REDACTED]  
Personne qualifiée désignée par l'ARS

[REDACTED]  
Personne qualifiée désignée par l'ARS

Evry-Courcouronnes, le 5 mars 2025

Mesdames, Messieurs,

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'IME Marie Auxiliatrice, situé 2 boulevard Henri Barbusse à Draveil (91210), n°910690072, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse d'indicateurs qui a classé l'IME parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'IME Marie Auxiliatrice, situé 2 boulevard Henri Brabusse à Draveil, qui a été inscrite à ce programme.



Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gouvernance de l'établissement : la conformité aux conditions de l'autorisation, le management et la stratégie, l'animation et le fonctionnement des instances, la gestion de la qualité, des risques et des événements indésirables ;
- Les fonctions support : la gestion des ressources humaines, la gestion d'information, les bâtiments et espaces extérieurs et la sécurité des lieux et personnes.
- Les prises en charge : les prises en charge de l'admission à la sortie, le respect des droits et personnes, la vie sociale et relationnelle du résident, la vie quotidienne et l'hébergement, les soins dispensés ;
- Les relations avec l'extérieur.

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP) comprendra :

- [REDACTED] inspectrice, coordinatrice de l'inspection
- qui sera accompagnée de :
  - o [REDACTED] observateur
  - o [REDACTED]
  - o [REDACTED] consultant, conseiller médical
  - o [REDACTED] responsable du Département autonomie
  - o [REDACTED] fonctionnaire administrative
  - o [REDACTED] stagiaire de [REDACTED]

L'inspection sera réalisée à partir du vendredi 7 mars 2025 à 09h00, sans information préalable de l'établissement ;

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP<sup>1</sup> s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous les documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utiles de rencontrer.

A l'issue de l'inspection, un rapport me sera remis dans un délai de trois semaines 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.

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

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur de la délégation départementale  
de l'Essonne  
de l'agence régionale de santé  
Île-de-France

  
Richardé FAHAS

<sup>1</sup> 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 nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques 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

IME Marie-Auxiliatrice - LISTE DES DOCUMENTS NUMEROTES A REMETTRE A L'ARS		
1. GOUVERNANCE		
1	<input checked="" type="checkbox"/>	Fiche de poste ou feuille de route du directeur
2	<input checked="" type="checkbox"/>	Diplômes du directeur
3	<input checked="" type="checkbox"/>	Contrat de travail du directeur
4	<input checked="" type="checkbox"/>	Le document unique de délégation du directeur
5	<input checked="" type="checkbox"/>	Documents de subdélégation de chaque personnel en bénéficiant
6	<input checked="" type="checkbox"/>	Le règlement de fonctionnement
7	<input checked="" type="checkbox"/>	Le projet d'établissement
8	<input checked="" type="checkbox"/>	Le Plan bleu
9	<input checked="" type="checkbox"/>	L'organigramme hiérarchique et fonctionnel
10	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure de mise en œuvre des astreintes administratives, médico-soignantes, éducatives et techniques
11	<input checked="" type="checkbox"/>	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction, médico-soignantes, éducatives et techniques des 12 derniers mois et légende des codes utilisés
12	<input checked="" type="checkbox"/>	Fiches de postes des personnels encadrant l'équipe soignante Pour chaque chef de service éducatif, pédagogique et social, paramédical
13	<input checked="" type="checkbox"/>	Contrat de travail
14	<input checked="" type="checkbox"/>	Fiche de poste ou feuille de route
15	<input checked="" type="checkbox"/>	Diplômes
		Conseil de la vie sociale
16	<input checked="" type="checkbox"/>	Règlement intérieur du CVS
17	<input checked="" type="checkbox"/>	Composition du CVS
18	ABS	Procès-verbaux ou comptes-rendus 2023 - 2024 du CVS
		Qualité
19	<input checked="" type="checkbox"/>	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)
20	<input checked="" type="checkbox"/>	Tableau de suivi de la mise en œuvre du PACQ
21	<input checked="" type="checkbox"/>	Fiche de mission du référent Qualité, incluant son nom et les modalités de nomination/ désignation
22	<input checked="" type="checkbox"/>	Charte de bientraitance spécifique à l'établissement
23	<input checked="" type="checkbox"/>	Liste des formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance 2023 et 2024
24	ABS	Supports et documents relatif à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance
25	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure de gestion des comportements problèmes
26	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure interne de signalement des événements indésirables
27	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédures de recueil des doléances/ réclamations des jeunes et de leurs proches avec leurs traitements en 2024
28	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure de déclaration des EIG, maltraitance auprès des autorités compétences
29	<input checked="" type="checkbox"/>	Charte de protection des salariés déclarant un EI
2.FONCTIONS SUPPORTS		
		Effectifs



		Etat des ETP budgétés en poste <u>au jour de la visite</u> par emploi, qualification, type de contrat (CDI - CDD) : '- équipe soignante '- équipe médicale et paramédicale '- équipe éducative '- équipe pédagogique
30	<input checked="" type="checkbox"/>	
31	<input checked="" type="checkbox"/>	La liste de tous les postes vacants ce jour et à venir déjà connus
32	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de CDD 2024
33	<input checked="" type="checkbox"/>	Liste des interimaire intervenus en 2024
34	<input checked="" type="checkbox"/>	Le règlement intérieur de l'établissement
		Coordination des équipes
35	<input checked="" type="checkbox"/>	Calendriers d'ouverture et fermeture de l'établissement (2022-2023)
36	ABS	Procédure d'organisation des présences des personnels : effectifs attendus chaque jour pour chaque catégorie de professionnel et leurs horaires
37	<input checked="" type="checkbox"/>	Planning mensuel de tous les personnels jour M-1, M; M+1 et légende des codes utilisés
38	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure d'affectation des personnels socio-éducatifs aux groupes d'enfants (catégories professionnelles, fréquence de changements)
39	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure de remplacement des absences programmées et inopinées
40	<input checked="" type="checkbox"/>	Fiche de poste de chaque catégorie de professionnel de jour et de nuit (administratifs, services généraux, moniteur éducateur, éducateur spécialisé, animateur, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute ...)
41	ABS	Tableau des professionnels paramédicaux libéraux intervenants dans l'établissement
42	<input checked="" type="checkbox"/>	Conventions des professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement
43	<input checked="" type="checkbox"/>	Plan de formation (formations continues, diplômantes dont VAE) 2024
44	<input checked="" type="checkbox"/>	Politique de QVT et nom du référent TMS-RPS de l'établissement
45	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure d'accueil des nouveaux arrivants
<b>3.ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE</b>		
46	<input checked="" type="checkbox"/>	Liste anonymisée des jeunes pris en charge au jour de la visite classés par déficience principale
47	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de jeunes sous amendement Creton
48	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure d'admission
49	<input checked="" type="checkbox"/>	Modèle type du DIPC
50	<input checked="" type="checkbox"/>	Livret d'accueil
51	<input checked="" type="checkbox"/>	Liste nominative des médecins traitants et des usagers associés et le nombre d'usagers n'ayant pas de médecin traitant
52	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure de sortie, réorientation et accompagnement après la sortie
		Projets individualisé d'accompagnement (PAI)
53	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure d'élaboration du PAI (pédagogique, éducatif et thérapeutique) et du projet personnalisé de scolarisation (PPS)
54	<input checked="" type="checkbox"/>	Planning d'actualisation des projets individuels des usagers (Calendrier de création et de mise à jour des pour les présents et date de présentation des PAI aux représentants légaux)
55	<input checked="" type="checkbox"/>	Modèle type PAI
56	ABS	Plannings individuels et collectifs des animations / activités 2024
57	ABS	Conventions avec partenaires culturels et sportifs
58	ABS	Protocoles relatifs à l'utilisation de la zone d'apaisement
		Conventions
59	ABS	Conventions et/ contrats de partenariats avec l'éducation nationale
60	ABS	Conventions et/ contrats de partenariats avec des sociétés de transport



61	ABS	Convention avec un EDS pour la prise en charge urgente
62	ABS	Conventions avec autres établissements médico-sociaux
63	ABS	Convention établie entre l'établissement et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant
64	ABS	Autres conventions
65	<input checked="" type="checkbox"/>	Dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles avec analyse du résultat
66	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure d'organisation de sorties extérieures (journée et plusieurs jours)
67	<input checked="" type="checkbox"/>	Le plan d'action d'éducation à la santé notamment sur les sujets de la vie affective et sexuelle des personnes accueillies, les MST, les addictions.
		Internat
68	<input checked="" type="checkbox"/>	Règlement de fonctionnement de l'internat
		<b>4 . SOINS</b>
69	<input checked="" type="checkbox"/>	Convention signée entre la structure et une officine en pharmacie
70	<input checked="" type="checkbox"/>	Convention avec le prestataire pour l'enlèvement et le traitement des DASRI
71	<input checked="" type="checkbox"/>	Liste préférentielle de médicaments
72	<input checked="" type="checkbox"/>	Liste des protocoles de soins
73	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Copie de certains protocoles</u> : douleur, crise d'épilepsie, contentions, des gestion des urgences médicales, crise d'angoisse, promotion de la bientraitance, lutte contre la maltraitance, circuit du médicament, gestion du linge, les méthodes de prise en charge des Troubles de Spectre de l'Autisme (TSA) et Troubles du Neuro-Développement (TND), procédure de prise en charge en soins la nuit.
74	<input checked="" type="checkbox"/>	Liste des professionnels référents et leurs thématiques
75	<input checked="" type="checkbox"/>	Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux aides-soignants (jour et nuit)
76	ABS	Nombre d'enfants / jeunes nécessitant une rééducation intensive
77	ABS	Nombre d'enfants / jeunes nécessitant une rééducation d'entretien
78	ABS	Nombre d'enfants / jeunes avec troubles de la parole nécessitant un accompagnement orthophonique



### **Annexe 3 Liste des professionnels avec lesquels la mission s'est entretenue**

- Directrice
- Infirmières
- Psychologue
- Auxiliaire puéricultrice
- Educateur
- Moniteur éducateur
- Psychomotricien
- AES



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

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

