

**Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé  
Délégation départementale des Yvelines**

**Institut médico-éducatif IME  
IME Le Rondo  
7, passage Pilâtre de Rozier – 78000 VERSAILLES  
N° FINESS 780690210**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N° 2025\_IDF\_00153  
Contrôle sur place le 2 juin 2025**

**Mission conduite par :**

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

**Accompagnée par :**

- Madame [REDACTED] chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique.
- Madame [REDACTED] stagiaire

**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 dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

# **SOMMAIRE**

<b>1.</b>	<b>Gouvernance</b>	<b>14</b>
1.1.	<i>Conformité aux conditions de l'autorisation</i>	14
1.1.1.	Le régime juridique de la structure	14
1.1.2.	Le taux d'occupation	14
1.1.3.	La population accueillie	14
1.1.4.	La transformation de l'offre	15
1.2.	<i>Management et Stratégie</i>	16
1.2.1.	Le projet d'établissement (PE)	16
1.2.2.	Le projet d'établissement : contenu	17
1.2.3.	Le règlement de fonctionnement (RF)	18
1.2.4.	Le plan bleu	19
1.2.5.	L'organigramme	20
1.2.6.	Relations entre le gestionnaire et le directeur	20
1.2.7.	Directeur : Qualification, contrat et fiche de poste	21
1.2.8.	Le remplacement de la direction	21
1.2.9.	Les délégations au directeur d'ESSMS et directeur titulaire de la fonction publique territoriale ou d'Etat	21
1.2.10.	Les subdélégations du directeur dans le secteur public	22
1.2.11.	Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COFIL)	22
1.2.12.	Les astreintes	22
1.2.13.	Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	23
1.2.14.	Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	23
1.2.15.	Les conflits entre direction et salariés	23
1.2.16.	Les affichages	25
1.3.	<i>Animation et fonctionnement des instances</i>	26
1.3.1.	Le Conseil de vie sociale (CVS)	26
1.4.	<i>Gestion de la qualité</i>	28
1.4.1.	Le responsable qualité	28
1.4.2.	Les professionnels référents	29
1.4.3.	Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	29
1.4.4.	L'auto-évaluation	30
1.4.5.	L'évaluation de la qualité (externe)	30
1.4.6.	La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	30
1.4.7.	Les sanctions corporelles	31
1.4.8.	Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance	31
1.4.9.	La bientraitance en pratique	33
1.4.10.	Les « comportements défis » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)	33
1.4.11.	La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)	34
1.5.	<i>Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</i>	35
1.5.1.	Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	35
1.5.2.	La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	36
1.5.3.	Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	36
1.5.4.	Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	38
<b>2.</b>	<b>Fonctions support</b>	<b>40</b>
2.1.	<i>Gestion des ressources humaines</i>	40
2.1.1.	Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure	40
2.1.2.	Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure	40
2.1.3.	Profils et effectifs des professionnels de l'équipe pédagogique	41
2.1.4.	La compensation des postes vacants sur la structure	41
2.1.5.	La proportion entre les CDI et CDD	41
2.1.6.	Le taux d'absentéisme des professionnels	41

2.1.7.	Le taux de rotation des professionnels	42
2.1.8.	Les dossiers administratifs des professionnels	42
2.1.9.	Les intervenants/prestataires externes	43
2.1.10.	Le plan de formation des professionnels	43
2.1.11.	La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	44
2.1.12.	Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	44
2.1.13.	L'organisation générale du planning des professionnels	44
2.1.14.	Les plannings des professionnels	45
2.1.15.	Analyse des plannings	45
2.1.16.	Les fiches de poste des professionnels	45
2.1.17.	Les glissements de tâches	46
2.2.	<i>Gestion d'information</i>	46
2.2.1.	Le registre unique du personnel (RUP) :	46
2.2.2.	Le registre des entrées et sorties des usagers	46
2.2.3.	Le registre des présences quotidiennes	47
2.2.4.	Le support et le contenu des dossiers des usagers	47
2.3.	<i>Bâtiments, espaces extérieurs et équipements</i>	49
2.3.1.	L'état général du bâtiment	49
2.3.2.	Espaces extérieurs	49
2.3.3.	Le suivi des réparations	49
2.3.4.	L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)	49
2.4.	<i>Locaux et équipements</i>	50
2.4.1.	Fonctionnalité et hygiène des locaux	50
2.4.2.	La circulation dans les locaux	55
2.4.3.	La salle d'apaisement	55
2.4.4.	Les pièces d'eau	55
2.5.	<i>Sécurités</i>	56
2.5.1.	L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement	56
2.5.2.	La qualité de l'eau	56
2.5.3.	Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	56
2.5.4.	Les vaccinations des usagers	57
2.5.5.	L'aide à la prévention des chutes	57
2.5.6.	La prévention des fugues	57
2.5.7.	L'identification des usagers (identitovigilance)	57
2.5.8.	PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public	57
<b>3.</b>	<b>Prises en charge</b>	<b>58</b>
3.1.	<i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>	58
3.1.1.	L'admission	58
3.1.2.	Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »	59
3.1.3.	Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)	59
3.1.4.	Le livret d'accueil	59
3.1.5.	Les médecins traitants	60
3.1.6.	La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers	60
3.1.7.	Les transmissions inter équipes	60
3.1.8.	L'amendement Creton	61
3.1.9.	La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie	61
3.1.10.	Le service social	62
3.2.	<i>Les projets individualisés d'accompagnements</i>	62
3.2.1.	Les Projets individualisés d'accompagnement (PIA) :	62
3.3.	<i>Respect des droits des personnes</i>	64
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	64
3.3.2.	La liberté d'aller et venir	64

3.4.	<i>Vie sociale et relationnelle</i>	64
3.4.1.	Relations avec les familles	64
3.4.2.	Organisation de sortie extérieure	65
3.4.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	65
3.5.	<i>Vie quotidienne</i>	67
3.5.1.	Le transport des jeunes	67
3.5.2.	La tenue vestimentaire des jeunes	67
3.6.	<i>L'hébergement</i>	68
3.6.1.	L'hygiène corporelle selon l'autonomie	68
3.6.2.	Les changes	68
3.6.3.	Le circuit du linge	68
3.7.	<i>L'alimentation</i>	68
3.7.1.	La conception des repas	68
3.7.2.	Les salles de restauration	69
3.7.3.	Les régimes, textures	70
3.7.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	71
3.7.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel)	71
3.8.	<i>Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure</i>	71
3.8.1.	L'organisation du champ de l'éducation dans le projet d'établissement	71
3.8.2.	L'organisation des activités éducatives	71
3.8.3.	Articulation des équipes éducatives et pédagogiques	72
3.9.	<i>Champ de l'éducation : la scolarisation</i>	72
3.9.1.	L'intégration scolaire	72
3.9.2.	La scolarisation en milieu ordinaire	72
3.9.3.	La scolarisation en unités d'enseignement	73
3.9.4.	Les projets personnalités de scolarisation	73
3.10.	<i>Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soins</i>	73
3.10.1.	L'organisation des soins dans le projet d'établissement	73
3.10.2.	Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	74
3.10.3.	Missions médicales	74
3.10.4.	Le cabinet médical et l'infirmierie	75
3.10.5.	La prise en charge en rééducation	76
3.10.6.	Les prescriptions de rééducation	76
3.10.7.	Le dossier de liaison d'urgence (DLU)	76
3.10.8.	Le registre de l'état sanitaire	77
3.10.9.	Le défibrillateur automatique externe (DAE)	77
3.10.10.	La trousse d'urgence	77
3.10.11.	Matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration	78
3.10.12.	Les procédures et protocoles de soins	78
3.10.13.	Prise en charge des usagers atteints de troubles de spectre de l'autisme (TSA) et troubles du neuro-développement (TND)	79
<b>4.</b>	<b>Relations avec l'extérieur</b>	<b>80</b>
4.1.	<i>Environnement</i>	80
4.1.1.	Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)	80
4.1.2.	L'insertion de la structure dans la population locale	80
4.2.	<i>Coordination avec les autres secteurs</i>	80
4.2.1.	Les conventions et partenariats	80
<b>5.</b>	<b>Récapitulatif des écarts et des remarques</b>	<b>82</b>
5.1.	<i>Écarts</i>	82
5.2.	<i>Remarques</i>	86

<b>6.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>89</b>
<b>7.</b>	<b>Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport</b>	<b>91</b>
<b>8.</b>	<b>Annexes</b>	<b>93</b>
Annexe 1	Lettre de mission des agents chargés du contrôle	93
Annexe 2	Liste et relevé des documents demandéS	96
Annexe 3	Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	100

# **SYNTHESE**

## **Éléments déclencheurs de la mission**

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

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

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

Une analyse d'indicateurs a classé l'IME Le Rondo, situé 7, passage Pilâtre de Rozier, 78000 VERSAILLES (n° Finess 780690210) parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

## **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

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

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

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

- 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

Lors de la visite, l'ensemble de l'équipe d'inspection a été bien accueillie par le directeur de la structure ainsi que les membres de son équipe. Les professionnels se sont montrés courtois et ont aidé de leur mieux les membres de l'équipe d'inspection, tout en veillant à prioriser le bien-être des enfants accueillis. Le directeur de la structure a notamment demandé à l'équipe de laisser le temps à ses équipes d'informer les enfants de la venue de la mission afin de ne pas les effrayer ou les mettre dans une situation inconfortable. A l'issue de la visite, des rendez-vous en

distantiel et en présentiel ont pu être pris pour poursuivre les échanges devant être interrompus pour des nécessités de service, ou l'accompagnement des enfants.

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

- Absence d'un projet d'établissement à jour
- Absence d'un règlement de fonctionnement
- Absence d'un plan bleu
- Absence de toute astreinte (direction, médicale) au sein de l'établissement
- Absence de certains affichages réglementaires
- Absence de procédure de traitement, de suivi et d'analyse des événements indésirables précisant la définition que chaque type d'évènements
- Absence de déclaration de certains événements indésirables graves aux autorités de contrôle
- Absence de tout personnel médical
- Absence de contrôle de l'inscription à l'ordre des infirmiers des professionnels concernés
- Absence de vérification systématique du bulletin du casier judiciaire de chaque personnel employé au sein de l'IME
- Absence d'organisation de la continuité des soins
- Limitation de la liberté d'aller et venir non protocolisée et formalisée par une prescription.
- Absence de plannings prévisionnels
- Accès à l'infirmerie non restreints aux seuls professionnels de santé
- Glissements de tâches infirmières.
- Stockage des substances vénéneuses non conforme
- Absence de DLU
- Absence de défibrillateur automatisé externe
- Absence d'une trousse d'urgence principale
- Manque de formalisation des procédures
- Manque de formalisation écrite des process, comptes-rendus et protocoles.

# INTRODUCTION

## Contexte de la mission d'inspection

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

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

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

Une analyse d'indicateurs a classé l'IME Le Rondo, situé 7, passage Pilâtre de Rozier, 78000 VERSAILLES (n° Finess 780690210) parmi les établissements à contrôler dans le cadre de ce plan.

## Modalités de mise en œuvre

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

L'équipe d'inspection<sup>1</sup> est composée de :

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

L'équipe d'inspection est accompagnée de :

- Madame [REDACTED] chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique.
- Madame [REDACTED] stagiaire.

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

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

- 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

---

<sup>1</sup> Cf. la lettre de mission en annexe 1.

<sup>2</sup> Sans annonce préalable à l'établissement

- Sécurité
- Prises en charge
  - Organisation de la prise en charge
  - Respect du droit des personnes
  - Vie sociale et relationnelle
  - Vie quotidienne et hébergement
  - Champ de l'éducation
  - Soins
- Relations avec l'extérieur
  - Environnement
  - Coordination avec les autres secteurs

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

L'établissement dont la raison sociale est IME le Rondo

Coordonnées de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'organisme :	Croix Rouge Française
Adresse de l'organisme :	98, rue Didot
Complément :	
Code postal et Ville :	75014 - PARIS
Courriel :	
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	
Site internet	<a href="https://www.croix-rouge.fr/personnes-en-situation-de-handicap">https://www.croix-rouge.fr/personnes-en-situation-de-handicap</a>
Nombre d'ESSMS gérés	95 ESSMS handicap

Coordonnées de la structure :	
Adresse :	7, passage Pilâtre de Rozier
Complément :	
Code postal et Ville :	78000 - VERSAILLES
Courriel :	<a href="mailto:ime.lerondo@croix-rouge.fr">ime.lerondo@croix-rouge.fr</a>
Téléphone fixe :	01 39 50 24 44
Téléphone portable :	01 39 50 24 44

Type de structure			
Type d'établissement / service :	IME		
Date d'ouverture :	01/10/1960		
Raison sociale :	IME LE RONDO		
Numéro FINESS :	Géographique :	780690210	Juridique : 750721334
Statut juridique de l'entité juridique	Privé non lucratif		
Option tarifaire :	Dotation globale		
Date d'ouverture :	01/10/1960		
Date du CPOM (mm/aaaa) :	2020		
Présence d'une PUI <sup>3</sup> :	Non		

<sup>3</sup> PUI : Pharmacie à usage intérieur

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

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

La validité de l'autorisation est en cours depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1960 et a été renouvelé au 3 janvier 2017. L'échéance de l'autorisation est donc le 2 janvier 2032, date à laquelle le renouvellement de l'autorisation ou son retrait devra être prononcé.

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](#),

Au jour de l'inspection, L'IME a une capacité d'accueillir 54 jeunes et adolescents et la file active de l'IME est de 51 jeunes et adolescents qui sont répartis comme suit :

Nombre de places par modalités d'accueil et type de déficience	Déficiences intellectuelles	Déficiences psychiques (y compris TCC)	Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	Déficiences motrices	Déficiences visuelles	Déficiences auditives	Troubles spécifiques et sévères du langage et/ou des apprentissages (dysphasie...)	Polyhandicap	Total
Internat complet/ Hébergement continu (365 jours /an)									
Internat/Hébergement de week-end discontinu (ouverture de l'accueil en hébergement certains week-end de l'année)									
Internat/Hébergement de semaine (du lundi au vendredi)									
Internat/Hébergement scolaire (si agrément spécifique, différent de l'internat de semaine)									
Semi-internat/Accueil de jour	10	24	24	0	0	0	22	0	
Unité d'enseignement maternelle autisme (UEMA)									
Unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA)									
Accompagnement en milieu ordinaire/à domicile (SESSAD ou autre)									
Accueil temporaire									
Autre modalité : (à préciser)									
<b>Total</b>									

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

L'IME est majoritairement organisé en unités selon l'âge des usagers. Dans certains cas, les unités sont organisées en fonction du handicap des usagers.

L'IME accueille des usagers de 8 à 24 ans répartis comme suit :

	3 à 6 ans	6 à 11 ans	De 12 à 13 ans	De 14 à 20 ans	De 21 ans et plus
IME	0	13	7	26	5

TOTAL	0	13	7	26	5
-------	---	----	---	----	---

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

	Postes	Nombre ETP budgétés	Nombre ETP réels	Nombre de poste vacants	Nombre de CDI	Nombre de CDD
Direction Encadrement	Direction (Directeur général, Directeur, Directeur adjoint, adjoint de direction)	2.88 (0.62+0.59+1.67)				
	Encadrement (chef de service)	1.33				
	Administration (Personnel administratif et de bureau)	2.05				
Services généraux	Agent de service général	2				
	Ouvrier professionnel	1				
	Surveillant de nuit	0				
	Autre personnel	0.18				
Educatif, pédagogique et social	Aide médico-psychologique (AMP)/ Accompagnant éducatif et social (AES)	5				
	Animateur social	3				
	Assistant de service social, Assistant familial ou maternel, Conseiller économique, social et familial	0.63				
	Educateur jeunes enfants (EJE)	0				
	Educateur spécialisé, Educateur sportif/enseignant en activité physique adaptée (APA), Educateur technique, Educateur technique spécialisé	7				
	Moniteur éducateur	5.13				
	Musicothérapeute/Art-thérapeute	0				
	Autre personnel éducatif, pédagogique et social	1				
Médical	Médecin généraliste	0.07				
	Médecin en rééducation fonctionnelle	0				
	Pédiatre	0				
	Psychiatrie, pédopsychiatre	0				
	Autre spécialité	0				
Paramédical	Infirmier diplômé d'Etat (IDE)	1				
	Aide-soignant (AS)	0				
	Psychologue/Neuropsychologue	0				
	Psychomotricien, Rééducateur en motricité	1				
	Autre (Orthophoniste, Ergothérapeute, Orthoptiste, Kinésithérapeute, ...)	1				
	<b>TOTAL</b>	<b>34.27</b>				

Le CPOM régional a été signé le 11 avril 2020 (2020 – 2024). Ses principaux objectifs sont :

- Axe stratégique :
  - o Développer le réseau partenarial,
  - o Intégrer le déploiement de la réponse accompagnée pour tous.
- Axe performance
  - o Optimiser l'activité,
  - o Gestion des ressources humaines,

- Mise en place de la réforme des autorisations.
- Axe accompagnement médico-social et qualité de la prise en charge
  - Faciliter et fluidifier l'accès aux soins,
  - Accompagnement qualitatif,
  - PHV/THV
  - Insertion en milieu ordinaire, scolaire et professionnel.

La renégociation du CPOM est prévue pour courant 2025. Au moment de la visite, la première rencontre n'a pas pu avoir encore lieu, faute de transmission des documents demandés aux services régionaux de l'ARS.


La structure participe à aucune expérimentation.

### **Constats**

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

# 1. Gouvernance

## 1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	<b>1.1.1. <u>Le régime juridique de la structure</u></b>		
	Le statut juridique de la structure est-il conforme ?	Oui	
	Des changements importants ont-ils eu lieu sans déclaration préalable à l'autorité compétente ayant délivré l'autorisation ?	Oui	Lors de la transmission du plan des locaux, la mission a constaté des changements de salle (ex : une infirmerie qui s'était transformé en salle de classe). Ces changements n'ont pas été signalé à l'ARS et aux services du SDIS.  <i>Ecart 1 : En n'informant pas les autorités compétentes (ARS et SDIS) des changements relatifs aux locaux, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L313-1 et s'expose aux sanctions prévues à l'article L313-1 du CASF.</i>
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	<b>1.1.2. <u>Le taux d'occupation</u></b>		
	Le taux d'occupation est-il supérieur à 95%	Non	 Taux d'occupation Jour inspection : 94 % avec des admissions en cours
	Le taux d'occupation respecte-t-il l'autorisation de l'établissement ?	Oui	<i>Remarque 1 : En ayant un taux d'occupation inférieur à 95% malgré les besoins existants au niveau du territoire, l'établissement ne permet pas de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des usagers dans le besoin.</i>
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	<b>1.1.3. <u>La population accueillie</u></b>		
	La population accueillie est-elle conforme aux autorisations ?	Partiellement	La population accueillie est conforme à l'autorisation, excepté pour les huit personnes sous l'amendement Cretons (+ 20 ans).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<i>Remarque 2 : En n'accueillant des usagers en dehors des âges autorisés, l'établissement ne permet pas de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des usagers dans le besoin. Il est nécessaire pour l'établissement de travailler la sortie de l'utilisateur dès 16 ans.</i>
	Quelle sont les proportions de prises en charge d'usagers présentant une déficience lourde par rapport à celles d'usagers présentant une déficience légère ?	Non concerné	
	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)	Non	
	<b>1.1.4. <u>La transformation de l'offre</u></b>		
	Votre établissement a-t-il entamé une démarche de transformation de l'offre (passage en dispositif) ?	Non	
	Quelles sont les premières actions mises en œuvre ?		
	Quels sont les professionnels participant à cette démarche sur la transformation de l'offre ?		
	Un COPIL est-il constitué ?	Non	
	L'établissement fonctionne-t-il en dispositif d'accompagnement médicoéducatif (DAME) ?	Non	
	Dans le cadre de PEC partagée : comment est désigné le porteur du projet ?		
	Quelles sont les modalités de concertation entre les différents acteurs du dispositif ?		
	Dans le cadre d'un fonctionnement en dispositif (DAME) et de prise en charge partagées, existe-il des documents de liaison entre les différents acteurs du dispositif ?	Non	
	Existe-il un référent de parcours au sein de l'établissement ou des référents de prestations (base SERAFIN) ?	Oui	L'établissement s'est récemment doté d'un coordinateur de parcours dédié. [REDACTED]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quelles différences existent entre ces professionnels et les éventuels référents de projet (PAP, PPA, PIA) ?		
	Dans le cadre d'une transformation en DAME :		
	- L'établissement occupe-t-il une fonction ressource sur son territoire ?	Non	
	- L'institut fait-il appel à un établissement ressources ?	Non	
	Lequel ?		

## 1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	<b>1.2.1. <u>Le projet d'établissement (PE)</u></b>		
a	Le projet d'établissement existe-t-il ?	Oui	L'établissement dispose d'un projet d'établissement. Néanmoins, il n'est plus en cours de validité.
	Le projet d'établissement est-il est cours de validité ?	Non	██████████ explique que le dernier projet d'établissement rédigé s'arrêtait en 2018 cependant le projet d'établissement transmis à la mission date de janvier 2010 et s'arrêtait donc en 2014. <i>Ecart 2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.</i>
	Le projet d'établissement est-il transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ?	Non investigué	Compte tenu de l'ancienneté du Projet d'établissement la mission n'a pas été en mesure de confirmer sa transmission ou sa non-transmission.
	Le directeur veille-t-il à l'élaboration du projet d'établissement ou à sa mise en œuvre et à son évaluation ?	Oui	Le directeur a pour ambition de construire un projet d'établissement pour 2026. Le directeur organise une journée de pole au mois de juillet avec l'ensemble des équipes et a prévu, à cette occasion de faire des groupes de travail devant permettre de poser les fondations du futur projet d'établissement. Une réunion similaire mais avec les familles des enfants devrait avoir lieu en 2026.
	Le projet d'établissement a-t-il été consulté par le CVS ?	Non	Le futur projet d'établissement n'étant pas encore lancé, le CVS n'a pas encore été consulté.
	Le projet d'établissement est-il affiché dans la structure ?	Non	/

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.2. <u>Le projet d'établissement : contenu</u></b></p> <p>Le projet d'établissement fixe-t-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques</li> <li>- Les modalités de leur réalisation,</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le projet d'établissement comporte deux chapitres consacrés aux projets éducatifs en fonction des sections, un chapitre sur le projet pédagogique, ainsi qu'un chapitre sur l'accompagnement thérapeutique et les soins.</p> <p>Les modalités de réalisation des objectifs sont inscrites dans le projet d'établissement.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités de l'évaluation de leurs résultats ? <u>On parle de l'auto-évaluation ?</u></li> </ul> <p>Le projet d'établissement contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement dans les champ éducatif et thérapeutique ?</li> <li>- La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ?</li> <li>- Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service ;</li> <li>- Les modalités relatives aux relations de l'usager avec son entourage ?</li> <li>- Les critères d'évaluation et de qualité ;</li> <li>- Les mesures prises en application des dispositions du CPOM ;</li> <li>- Une transformation ou un fonctionnement en dispositif (DAME) ;</li> <li>- Un projet pédagogique de l'unité d'enseignement ;</li> <li>- Un emploi du temps équilibré et adaptable ;</li> <li>- Les objectifs et les moyens pour assurer l'accompagnement des jeunes polyhandicapés.</li> </ul> <p>Le projet d'établissement se base-t-il sur un projet associatif ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non investigué</p>	<p>Le projet d'établissement ancien ne prévoit pas les modalités d'évaluation de leurs résultats.</p> <p>Cette information ne figure pas dans le projet d'établissement de 2010.</p> <p>Le projet d'établissement contient une sous-partie nommée « La promotion de la bientraitance et la prévention des maltraitances ». Dedans, il est indiqué que ces questions sont travaillées en réunions d'équipe et que l'ensemble du personnel y est sensibilisé.</p> <p>Un chapitre est dédié à l'organisation de cet établissement. [REDACTED]</p> <p>Un chapitre du projet dénommé « Relations avec les familles » mentionne notamment l'accompagnement social ainsi que l'écoute et le soutien des familles. Une partie sur le CVS est également présente dans le projet d'établissement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	<b>1.2.3. <u>Le règlement de fonctionnement (RF)</u></b>		
	Le règlement de fonctionnement existe-t-il ?	Oui	L'établissement a bien transmis à la mission un règlement de fonctionnement.
	Date-t-il de moins de 5 ans ?	Non	Le règlement de fonctionnement transmis à la mission est daté du 31 mai 2010. Il n'en n'existe pas de plus récent.  <i>Ecart 3 : 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.</i>
	Est-il soumis au CVS ou autre forme de participation ?	Oui	Le règlement intérieur transmis prévoit la consultation du CVS.
	Est-il remis aux usagers et professionnels ?	Oui	
	Est-il affiché dans l'établissement ?	Oui	Le règlement intérieur est affiché dans un tourniquet se trouvant dans le bureau servant de salle d'attente au 1 <sup>er</sup> étage à côté des bureaux de la direction. Il n'est en revanche pas affiché sur le panneau d'informations principal.  <i>Remarque 3 : En n'affichant pas le règlement intérieur sur le panneau d'information principal et en ne l'affichant que dans un endroit peu fréquenté du public, l'établissement ne permet pas l'information de la personne accompagnée.</i>
	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 ;	Non	Aucune mention sur cette thématique ne se trouve dans le règlement intérieur transmis.  <i>Ecart 4 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant 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, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.</i>
	- Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;	Oui	
- Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;	Non	Aucune mention sur cette thématique ne se trouve dans le règlement intérieur transmis.  <i>Ecart 5 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.</i>	
- Les modalités de rétablissement des prestations dispensées.	Non	Aucune mention sur cette thématique ne se trouve dans le règlement intérieur transmis.  <i>Ecart 6 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les modalités de rétablissement des prestations dispensées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.</i>	
- Les dispositions relatives aux transferts, déplacements, aux modalités d'organisation des transports,	Oui		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dispositions relatives aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur</li> <li>- Les règles essentielles de vie collective, les obligations incombant aux personnes ;</li> <li>- Les conséquences de violence sur autrui ;</li> <li>- Les prescriptions d'hygiène de vie ;</li> <li>- Les mesures concernant les mineurs protégés ;</li> <li>- Les dispositions sur les vacances et visites et retours en famille ;</li> <li>- Les modalités d'exclusion.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Aucune mention sur cette thématique ne se trouve dans le règlement intérieur transmis.</p> <p><i>Ecart 7 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les dispositions relatives aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-36 du CASF.</i></p> <p>Le règlement intérieur dispose seulement que les parents doivent s'assurer que les enfants viennent à l'IME avec une hygiène et une tenue correcte.</p> <p><i>Ecart 8 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les prescriptions d'hygiène de vie, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-37 du CASF.</i></p> <p>Aucune mention sur cette thématique ne se trouve dans le règlement intérieur transmis.</p> <p><i>Ecart 9 : 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.</i></p> <p>Aucune mention sur cette thématique ne se trouve dans le règlement intérieur transmis.</p> <p><i>Ecart 10 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant es dispositions sur les vacances et visites et retours en famille, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-38 du CASF.</i></p> <p>Aucune mention sur cette thématique ne se trouve dans le règlement intérieur transmis.</p> <p><i>Remarque 4 : En ne prévoyant pas dans le règlement de fonctionnement les modalités d'exclusion, l'établissement ne permet pas l'information de la personne accompagnée.</i></p>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.4. Le plan bleu</b></p> <p>Le plan bleu existe-il ?</p> <p>Le plan bleu est-il évalué et révisé annuellement ? Par quelles instances / modalités ?</p> <p>Le plan bleu contient-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;</li> <li>- Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;</li> <li>- Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p>	<p>Dans un mail en date du 6 juin 2025, l'IME informe l'ARS ne pas posséder de plan bleu mais avoir mis en place en revanche un plan de continuité de l'activité de l'établissement.</p> <p><i>Ecart 11 : En ne disposant pas de plan bleu, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 CASF.</i></p>

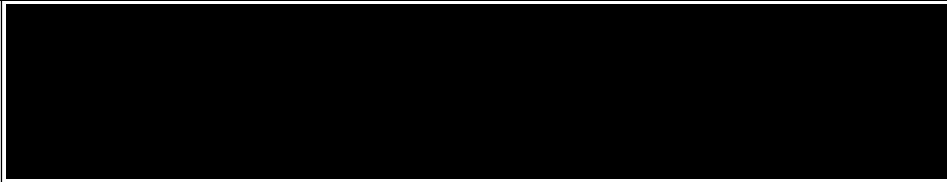
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;</li> <li>- Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles ;</li> <li>- Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.</li> </ul> <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>	<p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p>	
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.5. <u>L'organigramme</u></b></p> <p>L'organigramme est-il à jour ?</p> <p>L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?</p> <p>L'organigramme est-il affiché dans l'établissement ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>L'organigramme transmis à la mission est daté du 1<sup>er</sup> mars 2025. Il est donc à jour.</p> <p>L'organigramme transmis n'a pas été vu affiché par la mission.</p> <p><i>Remarque 5 : En n'affichant pas l'organigramme, l'établissement ne permet pas l'information de la personne accompagnée.</i></p>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.6. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u></b></p> <p>Le gestionnaire concourt-il :</p> <p><i>DI, DM, DP : R314-88 CASF (participation siège – ESSMS privé non lucratif)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À l'élaboration et à l'actualisation du projet d'établissement</li> <li>- À l'adaptation des moyens de la structure</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aux modalités d'intervention coordonnée ;</li> <li>- Au choix et au financement des systèmes d'information</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La mission a constaté que malgré des financements ARS versé à l'IME Le Rondo pour des formations de ses équipes, l'ensemble de ces formations ne sont pas systématiquement réalisées par des professionnels du Rondo mais que les financements sont mutualisés avec d'autres structures de l'organisme gestionnaire.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le directeur bénéficie-t-il de l'appui de services supports (DAF, DRH, Qualité, ...) émanant du siège ?</li> </ul>	<p>Oui</p>	<p>Bien qu'il y ait des référents au sein de l'établissement pour plusieurs thématique (qualité, RH, etc...) les services supports sont majoritairement géré par le siège de l'association ou mutualisé. Un appui est donc mis en place.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.7. <u>Directeur : Qualification, contrat et fiche de poste</u></b></p> <p>Quelle est la date de prise de fonction du directeur ?</p> <p>Quel pourcentage d'ETP le directeur consacre-t-il à la structure ?</p> <p>Le directeur exerce-t-il dans plusieurs ESSMS ? Si oui, lesquels ?</p> <p>Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ?</p> <p>Les qualifications du directeur de la structure sont-elles réglementaires ?</p>	<p></p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>Le poste de directeur de la structure étant mutualisé avec 2 autres structures, [REDACTED]</p> <p>Le directeur est également directeur du pôle enfance 92-78 de la Croix-Rouge Française qui inclut 2 ESMS PH Enfance [REDACTED] et l'IME du Rondo. Il est ainsi directeur de ces trois structures.</p> <p>[REDACTED] n'a signé aucune fiche de poste et s'est créé sa propre fiche de poste lui-même.</p> <p><i>Remarque 6 : En ne disposant d'une fiche de poste propre à la fonction de directeur, l'établissement s'expose à un risque de mauvaise organisation et gestion de la structure dû à une mauvaise compréhension de son rôle.</i></p> <p>Le directeur est détenteur de la qualification nécessaire à l'exercice d'une fonction de direction d'un ESMS.</p>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.8. <u>Le remplacement de la direction</u></b></p> <p>Une organisation est-elle prévue en cas d'absence du directeur ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>[REDACTED] aucune organisation n'est prévue en particulier en cas d'absence de ce dernier, en dehors de la gestion par le directeur territorial du territoire A de la filière [REDACTED]. Cette filière réunit 4 régions du territoire national [REDACTED]. Par ailleurs, l'association La Croix-Rouge Française n'autorise, [REDACTED] aucune subdélégation aux membres de l'équipe des structures dont le directeur a la charge. Il n'est donc pas possible qu'en l'absence du directeur, un intérim soit assuré par la directrice adjointe ou même une des chefs de service.</p> <p><i>Remarque 7 : L'organisation présentée, avec gestion de l'établissement par le directeur territorial dont le champ des missions semble déjà extrêmement dense, ne permet pas de garantir une continuité de la gestion de l'établissement satisfaisante en l'absence du directeur.</i></p>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.9. <u>Les délégations au directeur d'ESSMS et directeur titulaire de la fonction publique territoriale ou d'Etat</u></b></p> <p>Les délégations de signature ont-elles été formalisées ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Les délégations de signatures sont formalisées. Le directeur territorial du territoire A de la filière [REDACTED] délègue plusieurs de ses pouvoirs au directeur de l'ESSMS afin qu'il ait la capacité de diriger l'établissement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Le document unique de délégation (DUD) a-t-il été envoyé à l'ARS ?</p> <p>Le document unique de délégation (DUD) précise-t-il la nature et l'étendue de la délégation, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>La mission n'a pas trouvé de trace d'une transmission du document unique de délégation antérieurement à l'inspection.</p> <p><i>Ecart 12 : En n'ayant pas transmis aux autorités compétentes le document unique de délégation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF.</i></p> <p>Le document unique de délégation précise entièrement la nature et l'étendue de la délégation, conformément à la réglementation.</p>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.10. Les subdélégations du directeur dans le secteur public</b></p> <p>Quelle est l'organisation du pouvoir de subdéléguer sa signature ?</p>	Non concerné	
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.11. Les comités de direction (CODIR) / comités exécutifs (COMEX) / comités de pilotage (COFIL)</b></p> <p>Quelle est l'organisation des CODIR / COMEX / COFIL (réunions des cadres de la structure, et des cadres de direction au niveau associatif) (fréquence, participants, responsable rédaction et diffusion CR) ?</p>		<p>D'après les différents entretiens, les comités de direction se tiennent toutes les semaines. [REDACTED]</p> <p>Par ailleurs, un temps de travail d'une heure est organisé tous les 15 jours entre le directeur et la directrice adjointe sur l'équilibrage des missions de chacun. [REDACTED]</p> <p>Les comptes-rendus de l'ensemble des réunions sont réalisés directement dans une note de l'occurrence de la réunion.</p> <p>La mission n'a pas pu vérifier l'existence de ces compte-rendu. Par ailleurs, cette organisation rend difficile l'exploitation des informations contenues, leur suivi et leur communication aux nouveaux arrivants.</p> <p><i>Remarque 8 : L'organisation de la diffusion et du suivi des compte-rendu de réunions ne permet pas de garantir la bonne transmission des informations à l'ensemble des personnes concernées ainsi qu'un réel suivi des actions à mener.</i></p>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.12. Les astreintes</b></p>		



Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Comment qualifieriez-vous le climat social au sein de l'établissement ? (Signalements, pétitions, absentéisme et/ou rotation élevé des personnels, affaires prud'homales, sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats, suivi troubles musculosquelettiques (TMS) et risques psychosociaux (RPS), ...)</p>		<p>Il ressort des échanges de la mission avec plusieurs membres du personnel dont le directeur, l'existence d'un climat social convenable, avec une équipe très soudée et assez stable, ce qui contribue à une bonne prise en charge des usagers. Quelques situations, notamment des absences au dernier moment, survenant de manière régulière, viennent émailler cette ambiance positive.</p> <p>L'existence d'une forme d'acceptation de la violence au quotidien (venant des jeunes) sans analyse des situations pour y remédier.</p> <p>L'absence de distance émotionnelle/affective entre les professionnels et les enfants pris en charge a pu conduire à des situations dans lesquelles des enfants ont pu développer (ou penser développer) des sentiments amoureux à l'égard des professionnels les prenant en charge. Ces situations ont conduit dans certains cas à des EIG avec des impacts non négligeables sur la prise en charge des usagers.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			 <p><i>Remarque 9 : Compte tenu des problématiques rencontrés au sein de l'équipe, la direction de l'établissement pourrait engager des temps d'échanges, d'analyse et le cas échéant de formation, par petits groupes pluriprofessionnels impliquant membres de la direction, cadres et agents, afin de permettre une prise de conscience globale des problématiques rencontrées (violences, distance professionnelle) ainsi que le positionnement et le rôle de chacun au sein de l'établissement.</i></p>
1.2. Management et Stratégie	<p><b>1.2.16. Les affichages</b></p> <p>Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Règlement de fonctionnement</li>   <li>- Charte des droits et libertés de la personne accueillie</li>   <li>- Arrêté d'autorisation</li> <li>- Horaires d'ouverture de la structure</li> <li>- Arrêté de dotation globale</li> </ul> <p>Y a-t-il un affichage des coordonnées du service d'accueil téléphonique d'écoute et d'accompagnement, telles que :</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Le règlement intérieur est affiché dans un tourniquet se trouvant dans le bureau servant de salle d'attente au 1er étage à côté des bureaux de la direction. Il n'est en revanche pas affiché sur le panneau d'informations principal.</p> <p><i>Remarque 10 : En organisant l'affichage des documents devant être portés à la connaissance du public dans plusieurs lieux non passant et dans lesquels les usagers ne se rendent pas, l'établissement ne permet pas de garantir la diffusion de ces informations auprès des usagers.</i></p> <p>La mission n'a pas été en mesure de constater l'affichage de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.</p> <p><i>Ecart 14 : En ne disposant pas d'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.</i></p> <p>La mission n'a pas été en mesure de constater l'affichage de l'arrêté d'autorisation</p> <p>La mission n'a pas été en mesure de constater l'affichage de l'arrêté de dotation globale.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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)</li> </ul>	<p>Non</p>	<p>L'affichage relatif au 119 est situé à côté de la photocopieuse, dans un local essentiellement utilisé par les personnels de l'établissement et non pas par les enfants et leurs familles.</p> <p><i>Remarque 11 : En plaçant l'affichage d'information destiné aux usagers et notamment aux enfants dans un endroit où ces derniers se rendent peu ou pas du tout, l'établissement ne permet pas de garantir la bonne information des usagers vis-à-vis de leurs droits.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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)</li> <li>- ALMA (Allo Maltraitance)</li> </ul>	Oui  Non investigué	

### 1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	<b>1.3.1. <u>Le Conseil de vie sociale (CVS)</u></b>		
	Un CVS est-il en place ?	Oui	
	Le CVS dispose-t-il un règlement intérieur ?	Oui	L'établissement a transmis un règlement intérieur (RI) à la mission. Celui-ci a été signé par les trois présidentes du CVS et le directeur de l'établissement.
	Le CVS se réunit-il au moins trois fois par an ?	Partiellement	La mission a reçu un compte rendu sur les trois demandés. Celui-ci date du 24 janvier 2025. Lors de l'entretien, le directeur a précisé qu'il y avait trois réunions de CVS en 2024 et un seul pour l'instant en 2025.  La mission a reçu un seul compte rendu de CVS. Bien que le règlement intérieur indique réaliser trois réunions par an, la mission ne peut apprécier leur tenue.  <i>Ecart 15 : En ne transmettant pas l'ensemble des comptes-rendus du CVS, l'établissement ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il respecte les dispositions de l'article D311-16 du CASF.</i>
	L'ordre du jour et le compte rendu de la précédente session sont-ils envoyés aux membres au moins 15 jours avant ?	Oui	Le règlement intérieur prévoit que l'ordre du jour soit envoyé 15 jours avant la réunion.
Les relevés de conclusions des séances du CVS sont-ils établis par la secrétaire du CVS, datés et signés par le président du CVS ?	Non	Il n'est pas précisé qui a établis le compte rendu. Les présidentes ne l'ont pas signé.  <i>Ecart 16 : En ne signant pas les comptes-rendus par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.</i>  <i>Remarque 12 : Il est conseillé que les comptes-rendus indiquent le patronyme et la fonction de la personne qui les rédige.</i>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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>	Non	<p>Les comptes rendus des CVS ne sont pas consultables sur place.</p> <p><i>Ecart 17 : En ne permettant pas la consultation, sur place, des relevés de décisions, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-32-1 du CASF.</i></p> <p>La présidence du CVS est assurée par trois usagers de l'IME.</p> <p>Le RI détaille la composition du CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 personnes titulaires accompagnées, 3 personnes suppléantes accompagnées ;</li> <li>- 2 représentants titulaires des professionnels employés par l'établissement, 2 suppléants ;</li> <li>- 2 familles titulaires, 1 suppléante</li> </ul> <p>Le directeur de l'établissement est convié avec une voix consultative.</p> <p>Sur le compte rendu envoyé, il est également présent la représentante de la mairie de Versailles.</p> <p>Un « Courrier de résultat des élections du conseil de la vie sociale » a été transmis à la mission. Le courrier n'est pas signé par la direction et les présidentes du CVS. Ce courrier n'est pas un PV d'élection.</p> <p><i>Ecart 18 : En ne réalisant pas un PV d'élection conforme, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-10 et D311-13 du CASF.</i></p> <p><i>Ecart 19 : En ne comprenant pas les bénévoles et un membre de l'organisme gestionnaire dans la composition du conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-5 du CASF.</i></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>	Oui	
	<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> </ul>	Oui	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;</li> </ul>	Oui	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;</li> </ul>	Non	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.</li> </ul>	Oui	
	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.	Oui	
	La direction permet-elle au CVS d'exercer les missions qui lui sont attribuées ?	Oui	
	A savoir :		
	<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> </ul>	Oui	
	- Associer à la révision du PE, notamment en matière de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ?	non investigué	
	- Être entendu lors de la procédure d'évaluation et être informé des résultats et être associé aux mesures correctrices à mettre en place ?	non investigué	
	- Examiner annuellement les résultats des enquêtes de satisfaction ?	non investigué	
	Les évènements indésirables et les plans d'actions sont soumis au CVS ?	Partiellement	<p>Sur l'unique compte rendu communiqué à la mission d'inspection, un point événement indésirable a été prévu. L'absence des deux autres comptes rendus ne permet pas de vérifier si ce point est abordé systématiquement.</p> <p><i>Remarque 13 : En ne communiquant pas les trois comptes rendus des réunions de CVS, la mission ne peut apprécier l'information des EI et des dysfonctionnements lors des rassemblements.</i></p>

## 1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	<b>1.4.1. <u>Le responsable qualité</u></b>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?</p> <p>Est-il connu de l'ensemble des professionnels ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Il existe plusieurs référents qualités au sein de la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une référente qualité nationale au siège de la Croix Rouge qui accompagne les équipes des différents établissements, notamment pour des évaluations « blanches »</li> <li>- Une référente qualité du pôle « Enfance » 92-78 qui se trouve [REDACTED]</li> <li>- Une référente qualité de l'IME le Rondo, en la personne de l'assistante administrative de l'établissement.</li> </ul>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.4.2. <u>Les professionnels référents</u></b></p> <p>Des référents thématiques sont-ils identifiés parmi les professionnels de la structure ?</p> <p>Si oui, sur quels thèmes ?</p> <p>Sont-ils connus de l'ensemble des professionnels ?</p>	<p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p>	
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.4.3. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u></b></p> <p>Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?</p> <p>Les actions du plan qualité sont-elles mentionnées dans le rapport annuel d'activité ?</p> <p>Les actions du PACQ font-t-elles l'objet d'un tableau de suivi mentionnant le niveau de réalisation et celui-ci est-il mis à jour régulièrement (suivi continu) ?</p> <p>Y a-t-il un pilote et un COPIL pour le PACQ ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non investigué</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Selon le directeur, un Plan d'action continue de la qualité existe au sein de l'établissement et doit être mis à jour avec les résultats de l'évaluation HAS qui vient d'être réalisée au moment de la visite. Un document a par ailleurs été remis à l'équipe d'inspection.</p> <p>Le document transmis à la mission est un tableau de suivi des différentes actions devant être réalisées dans le cadre du PAC avec leur niveau de priorité, le pilote de l'action, les dates d'échéance, et leur date de réalisation. Ce document a plusieurs dates de mise à jour ce que semble indiquer qu'il est revu régulièrement.</p> <p>Toutefois la mission constate que sur 25 actions à mettre en place dans le cadre du PAC, seules 4 actions sont considérées réalisées.</p> <p>Le directeur indique qu'il pilote le PACQ avec la référente qualité de pôle et la référente qualité de l'établissement en lien avec les chefs de service. Il n'est toutefois pas fait mention de l'existence d'un COPIL pour le PACQ</p> <p><i>Remarque 14 : Dans un souci d'amélioration de la qualité, l'établissement ayant déjà identifié plusieurs actions à mener dans le cadre de son PACQ, l'établissement devrait mettre en place un COPIL de suivi du PACQ régulier pour permettre d'avancer sur les actions prioritaires.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.4. <u>L'auto-évaluation</u></b></p> <p>Le gestionnaire concourt-il à la mise en place de procédures de contrôle interne et à l'exécution de ces contrôles ? (audit organisationnel, évaluation des procédures soins,)</p> <p>Quand et sur quel support a été faite la dernière auto-évaluation de la structure ? (SYNAE, Guide d'autoévaluation de l'HAS, ...)</p>	<p>Oui</p> <p>Non investigué</p>	<p>La référente qualité du siège de l'association met en place régulièrement des évaluations blanches au sein de l'établissement pour acculturer les équipes.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.5. <u>L'évaluation de la qualité (externe)</u></b></p> <p>Une évaluation de la qualité a-t-elle été réalisée dans les 5 dernières années ?</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 et dans le rapport annuel d'activité (RAA) ?</p> <p>L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non investigué</p> <p>Oui</p>	<p>Au jour de la visite, l'établissement venait juste de réaliser son évaluation HAS. L'établissement a transmis par la suite le rapport réalisé par l'organisme évaluateur.</p> <p>Le directeur est encore dans l'attente du rapport définitif de l'évaluation au moment de la visite. Toutefois, il indique qu'il est prévu de mettre à jour le PACQ avec les résultats de l'évaluation HAS.</p> <p>Au moment de la visite, le directeur est encore dans l'attente du rapport définitif de l'évaluation. Ce dernier n'avait donc pas pu être transmis à l'ARS. Le rapport a toutefois été transmis avec les pièces demandées à l'issue de l'inspection.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<p><b>1.4.6. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u></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>Non</p> <p>Non</p>	<p>La mission n'a pas pu constater l'existence d'une charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance spécifique à l'établissement.</p> <p><i>Remarque 15 : En ne formalisant pas le sujet de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, notamment par une charte de bientraitance spécifique à l'établissement, l'établissement n'est pas en conformité avec les recommandations de l'ANESM et de la HAS.</i></p> <p>La mission n'a pas pu constater l'existence d'une démarche interne formalisée 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><i>Ecart 20 : En ne mettant pas en œuvre une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, la direction contrevient aux dispositions de l'article D311-38-3 du CASF.</i></p> <p><i>Remarque 16 : En n'ayant pas réalisé une analyse des risques de maltraitance liés à la population accueillie, l'établissement ne permet pas la prévention de ces risques.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Sur le plan de formation prévisionnel transmis par la direction, seul une formation est relative à la bientraitance et ne concerne qu'une partie du personnel.</p> <p><i>Ecart 21 : En ne formant pas les professionnels à la thématique de la prévention de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, la direction contrevient aux dispositions de l'article D311-38-3 du CASF.</i></p> <p>Bien qu'il n'existe pas de documents formalisés relatifs à la lutte contre la maltraitance, la mission d'inspection a pu constater que l'environnement au sein de la structure était favorable à l'expression libre des usagers. Des tablettes permettant aux usagers non verbaux de communiqués ont été mises en place par la structure et des enquêtes de satisfaction sont réalisées. Par ailleurs 3 des usagers siègent au CVS de l'établissement et sont par ailleurs présidents du CVS, instance dans laquelle ils sont actifs.</p> <p>La mission n'a pas pu constater l'existence d'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>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.4.7. <u>Les sanctions corporelles</u></b></p> <p>L'interdiction des sanctions corporelles est-elle incluse dans cette politique de prévention de la maltraitance ?</p>	<p>Oui</p>	<p>L'interdiction des sanctions corporelles n'est pas formalisée au sein de l'établissement. Cependant cette interdiction est bien intégrée par l'ensemble des personnels.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.4.8. <u>Le rôle de la direction et de l'encadrement pour promouvoir la bientraitance</u></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 ayant connaissance des risques et des obligations leur incombant, lesquelles sont inscrites à leur fiche de poste, à leur feuille de route, à leur DUD, etc. ;</li> <li>- En développant une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou en comité de retour d'expérience (CREX) ;</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Les obligations listées dans les documents transmis sont les obligations réglementaires. Bien que les documents mentionnent les responsabilités respectives en matière de sécurité et d'hygiène, ainsi qu'en cas de situation de maltraitance, la notion de bientraitance est quant à elle absente des documents.</p> <p>Aucun des documents transmis ne permet d'affirmer qu'une réflexion sur les signaux par leur analyse en CODIR ou CREX est engagée au sein de l'établissement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En nommant un référent bientraitance ;</li> <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 organisant le temps de travail et en accompagnant autant que possible les personnels vacataires et intérimaires pour éviter une institutionnalisation de la maltraitance ;</li> <li>- En faisant participer les usagers à la conception et mise en place de leur PIA.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>non investigué</p> <p>Non</p>	<p><i>Remarque 17 : En n'organisant pas des temps d'analyse de pratiques, l'établissement ne permet pas l'amélioration continue des prises en charge.</i></p> <p>La notion de bientraitance n'est pas formalisée au sein des fiches de postes</p>
	<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> </ul>	<p>Partiellement</p>	<p>Selon les éléments recueillis par la mission, les usagers participent peu voire pas du tout à la conception et à la mise en place de leur PIA. Certains usagers peuvent parfois être associés ainsi que leurs familles, mais la participation de ces derniers n'est pas érigée comme une norme au sein des process de l'établissement. L'équipe pluridisciplinaire se réunit pour faire le bilan sans l'utilisateur et sa famille, avant une réunion portant sur le PIA pour définir le projet de l'année. Cette réunion également se déroule sans la présence de l'utilisateur. La famille est parfois associée selon ses disponibilités. La raison principale invoquée est que les réunions sont longues et que les outils utilisés sont pensés pour les équipes et pas pour les usagers et leurs proches.</p> <p><i>Ecart 22 : En ne mettant pas en place une organisation permettant aux usagers et à leurs familles d'être associés à la conception et à la mise en place de leur PIA, l'établissement contrevient à l'alinéa 3 de l'article L311-3 du CASF garantissant l'exercice des droits et des libertés individuelles des usagers.</i></p>
			<p>[REDACTED]</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par la sensibilisation et la formation ;</li> </ul>	<p>Partiellement</p>	<p>A noter qu'une formation sur l'analyse des pratiques devait être réalisée en 2024 mais ne semble pas avoir eu lieu finalement. Une formation est de nouveau prévue en 2025 mais est classée en « priorité de formation faible ».</p> <p>Sur le plan de formation prévisionnel transmis à la mission, seule une formation concerne la bientraitance et n'est destinée qu'à une partie de l'équipe.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par des actions conduites dans le cadre du PACQ ;</li> <li>- Par des actions de prévention de l'usure professionnelle</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Aucune action ne concerne le développement de la bientraitance. En revanche une action vise à « Définir et déployer le Plan de prévention des risques de maltraitance et de violence.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.4.9. <u>La bientraitance en pratique</u></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 PIA ;</li> <li>- Le respect des relations avec les proches</li> </ul>	<p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>La bientraitance est une démarche effective au quotidien. Il manque en revanche une formalisation de cette démarche ce qui peut conduire à des différences de compréhension de la notion.</p> <p>Les usagers sont libres d'exprimer et de faire leurs choix au sein de l'établissement.</p> <p>Le consentement de l'utilisateur est recherché et respecté dans les actes de la vie quotidienne au sein de l'ESMS, mais n'est pas systématiquement recherché pour les démarches formalisées (définition du PAI par exemple).</p> <p>Cf. Eléments décrits aux point 1.4.8 et 1.4.9.</p>
<p>1.4. Gestion de la qualité</p>	<p><b>1.4.10. <u>Les « comportements défis » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)</u></b></p> <p>La réponse aux comportements défis est-elle institutionnalisée et, notamment, inscrite dans le projet d'établissement ?</p> <p>Les professionnels sont-ils soutenus dans la gestion des « comportements défis » par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 défis ;</li> <li>- Des temps et des espaces d'échange et d'analyse des pratiques ;</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>Le projet d'établissement n'est plus à jour car il date de 2010.</p> <p>Selon le directeur, une analyse de pratique est mise en place depuis 2021 pour les salariés et depuis 2024 pour les cadres qui n'étaient pas concernés jusqu'alors. Cette analyse de pratique est réalisée par l'organisme ██████████ toutes les 6 semaines pendant 1h30 pour chaque groupe (2 groupes organisés pour permettre la continuité de la prise en charge).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La sensibilisation et la formation ;</li> <li>- Par des collaborations avec des proches et/ou des partenaires extérieurs.</li> </ul> <p>Le PIA des usagers présentant un « comportement défis » est-il régulièrement actualisé ? (bilans somatiques, rythme des activités, aménagements ; moyens de communication, activités sportives, etc.)</p>	<p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>A noter qu'une formation sur l'analyse des pratiques devait être réalisée en 2024 mais ne semble pas avoir eu lieu finalement. Une formation est de nouveau prévue en 2025 mais est classée en « priorité de formation faible ».</p> <p>Une AES et une AVS ont bénéficié d'une formation en 2024 sur les « troubles du comportement et troubles émotionnels chez l'enfant et l'adolescent », et 7 professionnels [REDACTED] ont bénéficié d'une formation sur les « Premiers secours en santé mentale ».</p> <p>Bien que des rappels et des échanges informels soient réalisés lors de situations impliquant des « comportements défis », l'établissement ne dispose d'aucun élément formalisé permettant d'accompagner les professionnels sur la comment aborder et gérer ces situations.</p> <p><i>Ecart 23 : En ne disposant pas de procédure de gestion des comportement problèmes, la direction ne garantit pas la qualité et la prise en charge des usagers, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.</i></p> <p>Il n'est pas prévu dans les procédures de l'établissement d'actualisation PIA des usagers présentant un « comportement défis » plus fréquent que pour les autres usagers. Selon le directeur, le PIA est revu chaque fin d'année scolaire pour l'ensemble des usagers.</p>
1.4. Gestion de la qualité	<b>1.4.11. <u>La déclaration des maltraitances (dont violences et harcèlement)</u></b>		
	<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>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Aucun document démontrant une sensibilisation des professionnels sur la déclaration des situations de maltraitance n'a été transmis à la mission.</p> <p>Il n'existe aucune procédure formalisée au sein de l'établissement concernant les événements indésirables, cas de maltraitance inclus. Le document transmis à la mission comme « Protocole dysfonctionnement et EIG aux autorités administratives est le document de communication de l'ARS sur le Point focal régional pour les événements sanitaires. Il ne comprend pas la plaquette propre au médico-social ou tout autre procédure comme la transmission de faits au magistrat.</p> <p>Toutefois, lors de la visite, la mission n'a pas eu connaissance de la commission de faits de maltraitance au sein de l'établissement.</p> <p><i>Remarque 18 : En ne se dotant pas d'une procédure formalisée et détaillée relative à la déclaration des situations de maltraitances (dont violences et harcèlement) l'établissement prend le risque de méconnaître la réglementation, et de ne pas garantir les droits et la sécurité de l'usager accueilli</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les professionnels sont-ils informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance ?	Non	En l'absence de document portant sur cette information, la mission ne peut garantir que les professionnels sont informés de leur protection en cas de témoignage ou de signalement d'actes de maltraitance.  <i>Ecart 24 : En n'informant pas les personnels de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L313-24 du CASF.</i>
	En cas de violence ou de harcèlement, le représentant légal est-il informé, sans délai, des faits constatés ?	Non	En l'absence de procédure ou de document relatif à l'information du représentant légal en cas de faits de violence ou de harcèlement, la mission ne peut garantir que cette information est réalisée au sein de l'établissement.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<b>1.5.1. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u></b>		
	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et/ou plaintes des usagers ?	Partiellement	L'établissement dispose d'un formulaire de recueil des plaintes et réclamation disponible auprès de l'assistante administrative. Les plaintes et les réclamations sont enregistrées dans un fichier excel. Ce tableau, annuel, est constitué de plusieurs colonnes précisant : « l'auteur de la plainte/réclamation », le motif/le contexte le mode de recueil de la plainte/EIG (courriel, téléphone, oral, etc..) la date de l'accusé réception du signalement, la date de l'envoi de la réponse au réclamant, les actions menées et la date de présentation au COPIL Qualité. Il doit être noté que la colonne « Présentation au COPIL Qualité » n'est jamais remplie.  En revanche, la mission n'a pas pu constaté la présence d'un système de suivi des enquêtes de satisfaction, bien que les résultats d'une précédente enquête aient été présentés en CVS selon les documents recueillis.
	Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet :  - D'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ;	Oui	Selon le tableau de suivi de l'établissement, des retours aux déclarants et aux familles des usagers sont réalisés.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <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>Partiellement</p> <p>Non</p>	<p>La mission constate que chaque plainte et réclamation font l'objet d'un suivi individuel jusqu'à leur clôture. En revanche, aucun élément ne permet d'indiquer qu'un bilan systématique desdites plaintes et réclamations suivi d'une analyse soit réalisé. Par ailleurs les renseignements fournis dans les fichiers sont parfois vagues et peu explicites : « dérivés du conducteur », « agression » sans autre précision. Ce manque de clarté ne permet pas d'analyser les raisons profondes des réclamations ou de mettre en œuvre des actions correctives.</p> <p><i>Remarque 19 : En ne réalisant pas le traitement et l'analyse des réclamations, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS.</i></p> <p>Dans le PACQ, seule une action concerne les plaintes et réclamations et vise à informer les professionnels de la mise en place de la gestion des plaintes et réclamations.</p>
<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> <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>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Il n'existe aucune procédure formalisée au sein de l'établissement concernant les événements indésirables, cas de maltraitance inclus. Le document transmis à la mission comme « Protocole dysfonctionnement et EIG aux autorités administratives est le document de communication de l'ARS sur le Point focal régional pour les événements sanitaires. Il ne comprend pas la plaquette propre au médico-social ou tout autre lien avec d'autres autorités comme la transmission de faits au magistrat.</p> <p>Le PACQ de l'établissement mentionne en action : « Mettre en place la gestion des plaintes et réclamation -Informer l'équipe en RI » avec une date de réalisation au 17/03/2025, soit moins de 3 mois avant la visite d'inspection.</p> <p>Lors des entretiens réalisés, plusieurs professionnels n'étaient pas en mesure de faire la différence entre les différents niveaux d'événements indésirables.</p> <p>Cf. point 1.14.11</p>
<p>1.5. Gestion des risques, des crises et des EI</p>	<p><b>1.5.3. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u></b></p>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Une procédure de suivi et d'analyse des EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-elle formalisée ?</li> </ul>	Non	<p>Il n'existe pas de procédure formalisée de suivi et d'analyse des événements indésirables.</p> <p>Il existe en revanche un tableau Excel destinés au suivi EI et EIG. Ce tableau est constitué de plusieurs colonnes précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la date de rédaction de la fiche,</li> <li>- le motif/le contexte,</li> <li>- les conséquences,</li> <li>- la typologie (EI ou EIG),</li> <li>- la gravité (Mineure, Significative, Majeure, Critique),</li> <li>- la fréquence (exceptionnel, rarement, régulièrement, fréquemment, très fréquemment),</li> <li>- la criticité (faible, moyen, grave, très grave)</li> <li>- le niveau de risque</li> <li>- la signification en terme de plan d'actions (aucune action complémentaire, implique une action, implique une action palliative, rapide et durable,</li> </ul> <p>⇒ ces 3 colonnes sont remplies automatiquement selon les informations remplies dans les autres cases),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en place d'action (en cours, réalisée),</li> <li>- signalement,</li> <li>- commentaires.</li> </ul> <p>Bien qu'existant, ce tableau présente plusieurs lacunes qui ne permettent pas un suivi et une analyse des EI.</p> <p>En effet, plusieurs notions sont absentes du tableau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le rédacteur/déclarant de l'EI-EIG n'est pas précisé,</li> <li>- la date des faits n'est pas précisée,</li> <li>- la colonne mise en place d'action indique seulement si les actions sont mise en place ou en cours, sans détailler les actions précises à mettre en place.</li> <li>- Les faits devant être relatés dans la colonne « motifs » sont insuffisamment détaillé et ne permettent pas d'appréhender la situation et son contexte. Ainsi un EI catégorisé comme « Négligence grave ou erreurs succesives » avec un niveau de gravité majeure et un niveau de risque « très grave » ne comporte comme éléments de contexte et motif « rapport circonstancié sur la situation d'un jeune en lien avec son hygiène ».</li> <li>- Aucune colonne ne prévoit la réalisation d'un retour au déclarant.</li> </ul>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <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>Or, la mission n'a trouvé aucun document permettant d'expliquer comment juger de la gravité d'un événement ou de sa typologie. Il apparaît donc que le classement de chaque événement se fait au juger de chacun ce qui a plusieurs conséquences délétères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mission constate que des faits qui relèvent selon la réglementation d'un EIG sont catégorisés en EI dans le tableau (enfant sorti de l'enceinte de l'IME, agression sexuelle, agression physique ayant entraîné des soins, etc...)</li> <li>- La mission constate qu'en conséquence des faits devant être considérés comme EIG, (et signalés comme « GRAVE » ou « TRES GRAVE ») ne font pas l'objet d'un signalement à l'ARS.</li> <li>- La mission constate que des faits décrits de la même façon « violence d'un jeune sur un/une professionnel-le » peuvent être classés indifféremment comme EI ou comme EIG sans cohérence dans le traitement de l'évènement.</li> <li>- La mission constate, à la lecture des EI déclarés et aux actions mises en place en face, une banalisation de la violence au sein de l'établissement.</li> </ul> <p><i>Ecart 25 : En ne se dotant d'une procédure de traitement, de suivi et d'analyse des événements indésirables précisant la définition que chaque type d'évènements, l'établissement contrevient aux dispositions L311-3 du CASF.</i></p>	<p>Partiellement</p> <p>Le tableau de suivi des EI/EIG contient une formule de calcul automatique, se basant sur les données remplies dans le tableau, pour déterminer le niveau de criticité de l'évènement et si une action doit être menée. Un tel outil peut certes aider les équipes à suivre les événements et faciliter l'analyse. Toutefois, elle ne doit pas remplacer une analyse critique des événements. En effet, il semble que la décision d'entreprendre ou non des actions relève uniquement de la formule de calcul automatique et non pas d'une réflexion critique pluriprofessionnelle.</p> <p><i>Remarque 20 : En ne réalisant pas une réelle analyse des EI et EIG, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS.</i></p> <p>Non</p> <p>Le PACQ transmis par l'établissement ne contient aucune action en lien avec des mesures correctrices issues de la remontée d'EI ou d'EIG.</p> <p>Oui</p> <p>Le tableau de suivi ne fait pas mention d'un éventuel retour fait aux déclarants.</p>
1.5. Gestion des risques, des crises et des EI	<b>1.5.4. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u></b>		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Les EIG/EIGS/Dysfonctionnements graves sont-ils déclarés aux autorités de contrôle ? (2 volets de déclaration à l'ARS)	Partiellement	<p>Après vérification de l'ARS, l'établissement a bien réalisé des déclarations d'EIG, EIGS et dysfonctionnements graves aux autorités de contrôle, conformément à la réglementation.</p> <p>Cependant, plusieurs faits détaillés dans le fichier EIG de l'établissement et portant mentionnés comme « grave » n'ont pas fait l'objet d'une déclaration. Le tableau porte d'ailleurs la mention pour ces EIG « pas de signalement ».</p> <p><i>Ecart 26 : En ne déclarant pas l'ensemble des événements indésirables graves aux autorités de contrôle, la direction contrevient aux dispositions de l'articles L331-8-1 du CASF.</i></p>

## 2. Fonctions support

### 2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p><b>2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe soignante salariés de la structure</u></b></p> <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> <li>- Un médecin ayant une compétence particulière en neurologie, en ophtalmologie, en audiophonologie ou en rééducation et réadaptation fonctionnelle.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Au jour de la visite, l'équipe soignante de l'établissement ne compte aucun médecin depuis plusieurs années.</p> <p><i>Ecart 27 : En ne disposant pas d'un psychiatre et d'un pédiatre/médecin généraliste, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-21 du CASF.</i></p> <p>Nombre ETP : ■■■ ETP</p> <p>Nombre ETP : ■■■ ETP</p> <p>Nombre ETP : 0 ETP</p> <p>Nombre ETP : ■■■ ETP</p> <p>Nombre ETP : ■■■ ETP ■■■■■■■■■■</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.2. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe éducative salariés de la structure</u></b></p> <p>Selon la réglementation du CASF, les éducateurs sont des catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Éducateurs spécialisés ;</li> <li>- Éducateurs de jeunes enfants ;</li> <li>- Moniteurs éducateurs ;</li> <li>- AES ou AMP (pas d'AVS) ;</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>L'IME dispose de ■■ éducateurs spécialisé qui travaillent tous à temps plein.</p> <p>L'IME dispose de ■■ moniteurs-éducateurs à temps plein.</p> <p>L'IME compte ■■ accompagnants éducatifs et sociaux ainsi que ■■ aides medico-psychologiques à temps plein.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éducateurs techniques spécialisés (enseignement professionnel) ;</li> <li>- Éducateurs sportifs et moniteurs sportifs lorsque ces personnels existent déjà au sein de l'établissement.</li> </ul> <p>L'établissement dispose-t-il d'une équipe pédagogique et éducative adaptée à l'âge et aux besoins des enfants ?</p> <p>L'effectif des éducateurs permet-il la prise en charge d'au maximum 15 usagers par éducateur ?</p>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>L'IME ne dispose pas d'éducateurs techniques spécialisé mais de [REDACTED] enseignantes spécialisées détachées de l'Education Nationale.</p> <p>L'IME dispose [REDACTED] professeur d'activités physiques adaptées à temps plein.</p> <p>L'IME compte [REDACTED] professionnels considérés comme éducateurs au sens de l'article D312-25 du CASF. La file active de l'IME est de 51 enfants. L'effectif permet donc la prise en charge d'au maximum 15 usagers par éducateur.</p>
2.1- Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.3. Profils et effectifs des professionnels de l'équipe pédagogique</b></p> <p>Quels sont les professionnels mis à disposition par l'Education nationale ?</p> <p><b>2.1.4. La compensation des postes vacants sur la structure</b></p> <p>Comment sont compensés les postes vacants ?</p>	<p></p> <p>Non investigué</p>	<p>Les [REDACTED] professionnelles mis à disposition par l'Education nationale sont des enseignantes spécialisées répondant aux exigences réglementaires.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.5. 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> <p>La direction veille-t-elle au fait que les professionnels de soins et d'éducation embauchés en CDD via une agence d'intérim aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une agence d'intérim ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non investigué</p>	<p>La proportion d'ETP en CDD et intérimaires est inférieur à 50% des ETP en CDI. [REDACTED]</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.6. Le taux d'absentéisme des professionnels</b></p> <p>Le taux d'absentéisme excède-t-il le taux médian régional ?</p> <p>Quel est le taux d'absentéisme de l'année N-1 ?</p>	<p>Non investigué</p>	<p>L'établissement n'ayant transmis aucun planning nominatif avec les fonctions des salariés, la mission n'a pas été en mesure d'investiguer ce point.</p> <p>L'établissement utilise le logiciel [REDACTED] pour surveiller la présence de ses salariés, mais ne semble pas réaliser d'analyse de l'absentéisme ou de la rotation des professionnels. Les documents CSE présentés sont génériques et se rapporte à l'organisme gestionnaire, et non pas à l'IME en tant que tel.</p> <p><i>Remarque 21 : En ne dotant pas de documents permettant d'analyser le taux d'absentéisme et le taux de rotation des professionnels de l'établissement, le gestionnaire ne se donne pas les moyens de s'assurer de l'accompagnement nécessaire à la prise en charge des usagers, et ainsi de garantir la sécurité des usagers.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Quels sont les motifs d'absentéisme et leur proportion ?		
2.1- Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.7. <u>Le taux de rotation des professionnels</u></b></p> <p>Le taux de rotation des professionnels excède-t-il le taux médian régional ?</p> <p>Quelle est la proportion de rotation du personnel de l'année N-1 ?</p> <p>Comparatif de la proportion de rotation sur les 3 dernières années ?</p>	Non investigué	Cf. point 2.1.6
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.8. <u>Les dossiers administratifs des professionnels</u></b></p> <p>Les dossiers administratifs des professionnels contiennent-ils systématiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le contrat d'embauche et les éventuels avenants ;</li> <li>- Le diplôme correspondant à leur fonction ?</li> <li>- Inscription à l'Ordre ou au RPPS ;</li> </ul> <p>- La fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route signée par l'employeur et le salarié</p> <p>- Entretien d'évaluation périodique</p> <p>- Une fiche d'aptitude de la médecine du travail</p> <p>La consultation des bulletins du casier judiciaire (B3 [privé], B2 [public]) est-elle tracée dans un fichier de vérification ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p>	<p>Lors de la visite, la mission a procédé à l'analyse d'un échantillon de 6 dossiers d'agents de l'établissement. Les constats qui suivent reflètent cet échantillon.</p> <p>Les dossiers analysés contiennent systématiquement les diplômes des professionnels.</p> <p>Sur les 6 dossiers examinés, 3 dossiers concernaient des professionnels de santé. Sur ces 3 dossiers, deux dossiers ne comportent aucune mention de l'inscription au RPPS.</p> <p>Et le dossier [REDACTED] ne comprend aucun document permettant d'attester de son inscription à l'Ordre.</p> <p><i>Ecart 28 : En l'absence de contrôle de l'inscription à l'ordre des infirmiers des professionnels concernés, la direction entretient l'exercice illégal de l'infirmier, ce qui contrevient à l'article L4311-15 CSP.</i></p> <p>Sur les 6 dossiers examinés, 2 dossiers ne contenaient pas de fiches de poste et 1 dossier avait une fiche de poste non signée.</p> <p><i>Remarque 22 : En ne formalisant pas de façon précise les missions et responsabilités de chaque professionnel, notamment par des fiches de poste, 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.</i></p> <p>Sur les 6 dossiers examinés, aucun ne contient de trace d'un entretien professionnel annuel, bien que les entretiens fassent état de la réalisation de ceux-ci.</p> <p><i>Remarque 23 : En ne formalisant pas les entretiens professionnels prévus par l'article L6315-1 du Code du travail, l'établissement ne se met pas en capacité de suivre l'évolution de ses professionnels.</i></p> <p>Sur les 6 dossiers examinés, un dossier ne contient pas de fiche d'aptitude à la médecine du travail.</p> <p><i>Ecart 29 : En ne disposant pas systématiquement d'une fiche d'aptitude de la médecine du travail pour chacun de ses salariés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-34 du CASF.</i></p> <p>Sur les 6 dossiers investigués, 5 des dossiers contenaient une traçabilité de la vérification du bulletin du casier judiciaire des personnels.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Le 6<sup>e</sup> dossier, dont le recrutement est daté de 2024, le dossier ne contient pas de document permettant d'attester de la vérification du bulletin du casier judiciaire.</p> <p><i>Ecart 30 : En ne s'assurant pas de la vérification systématique du bulletin du casier judiciaire de chaque personnel employé au sein de l'IME, l'établissement contrevient aux dispositions du décret 2019-981 du 29 avril 2019 sur les professions réglementées nécessitant la consultation du casier judiciaire pour protéger la sécurité des personnes et des biens, et risque de contrevenir à l'article L133-6 CASF.</i></p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.9. <u>Les intervenants/prestataires externes</u></b></p> <p>Quels sont les professionnels externes intervenant dans la structure ?</p> <p>La direction a-t-elle répertorié tous les diplômes des professionnels et les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé salariés/libéraux qui dépendent d'un Ordre (médecins, IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes...) ?</p> <p>La direction a-t-elle consulté les bulletins du casier judiciaire des intervenants extérieurs ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Lors de la visite, l'établissement indique à la mission que les personnels externes intervenant par la structure (transporteurs, intérimaires) ne sont pas gérés au niveau RH par l'établissement mais directement par leur employeur ou agence d'intérim. L'établissement indique ne pas avoir, en conséquence, les informations relatives à leurs qualifications, leurs diplômes, ou leur casier judiciaire.</p> <p>Cf. Ecart 28</p> <p>Cf. Ecart 30.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.10. <u>Le plan de formation des professionnels</u></b></p> <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>- Aux situations sanitaires exceptionnelles (AFGSU SSE),</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 défis »,</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>L'ensemble des formations recensées dans le plan de formation 2025 transmis par l'établissement sont à faire réaliser par un organisme de formation référencé [REDACTED]</p> <p>Il n'y a pas de personnels en VAE au moment de la visite.</p> <p>Bien que le plan de formation 2025 ne prévoise pas de formation AFGSU pour l'année 2025, la mission a pu constater que le recyclage de l'AFGSU des professionnels était suivi par l'établissement et qu'une formation a été réalisée en 2024.</p> <p>Des formations de sensibilisations à l'utilisation des extincteurs ont été suivies en 2024.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <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>Les professionnels bénéficient-ils de formations adaptées à leurs missions et à l'accompagnement des jeunes ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les formations remontées dans le cadre du plan de formation sont adaptées à leur missions et à l'accompagnement des jeunes.</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.11. <u>La procédure d'accueil des nouveaux professionnels</u></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>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Une procédure d'accueil des nouveaux arrivant générique à 'l'organisme gestionnaire, et non propre à l'établissement, existe.</p> <p>En revanche, cette procédure ne permet pas de s'assurer que les nouveaux arrivants disposent des éléments prévus par les recommandations de bonnes pratiques.</p> <p><i>Remarque 24 : En ne se dotant pas d'une procédure d'accueil des nouveaux arrivants conformes aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, l'établissement n'assure pas un accueil de qualité et identique à l'ensemble des professionnels et n'implémente pas une organisation bientraitante.</i></p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.12. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u></b></p> <p>Existe-t-il des temps d'échange institutionnels tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions d'équipe/service/secteur ;</li> <li>- Réunions direction/professionnels,</li> <li>- Réunion de direction (direction/chef de service)</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Le directeur a prévu des réunions avec les professionnels pour construire le projet d'établissement.</p> <p>Un CODIR a lieu une fois par semaine. [REDACTED]</p>
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.13. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u></b></p> <p>L'établissement dispose-t-il d'une maquette organisationnelle de la répartition des besoins en professionnels de soins selon les unités/étage ?</p>	<p>Non</p>	<p>L'établissement utilise le logiciel [REDACTED] pour suivre la présence de ses salariés, mais ne semble pas disposer de plannings ou d'une maquette organisationnelle de la répartition des besoins en professionnels de soins selon les unités/étage.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Comment est organisée la planification des professionnels (Equipes médicale et paramédicale, éducative et pédagogique) :</p> <p>(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, ...)</p>		<p>Les psychologues, orthophonistes et ergothérapeutes sont mutualisés. En l'absence de tout médecin, seule l'infirmière [REDACTED] constitue l'équipe médicale.</p> <p>En dehors du logiciel [REDACTED], il n'existe pas d'outil de planification des professionnels.</p> <p><i>Remarque 25 : En ne dotant pas d'outils de planification des personnels, que ce soit sur les équipes de soins, et les équipes éducatives et pédagogiques, le gestionnaire ne se donne pas les moyens de s'assurer de l'accompagnement nécessaire à la prise en charge des usagers, et ainsi de garantir la sécurité des usagers.</i></p>
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.14. Les plannings des professionnels</b></p> <p>Les professionnels dispose-t-il d'un planning connu suffisamment à l'avance, et dont le contenu est clair et précis ?</p> <p>Les plannings comportent-ils :</p> <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 étages / unités d'affectation,</li> <li>- Les temps de travail,</li> <li>- Les temps de pauses,</li> <li>- Les absences et leur motif,</li> <li>- Une légende actualisée.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p>L'établissement n'a pas été en mesure de produire des plannings des professionnels.</p> <p>Cf. point 2.1.13</p> <p>L'extraction [REDACTED] contient la date d'édition.</p>
<p>2.1- Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.15. Analyse des plannings</b></p> <p>Les effectifs présents le jour de l'inspection correspondent-ils aux effectifs prévus sur les plannings ?</p> <p>Les plannings réalisés et prévisionnels permettent-ils une prise en charge homogène, sans écart majeur du nombre de professionnels d'un jour à l'autre ?</p>	<p>non investigué</p> <p>non investigué</p>	
<p>2.1. Gestion des ressources humaines</p>	<p><b>2.1.16. Les fiches de poste des professionnels</b></p> <p>Les fiches de postes/missions/tâches respectent-elles les compétences des référentiels métier ?</p>	<p>Oui</p>	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les fiches de poste comportent-elles les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des fonctions,</li> <li>- Lien hiérarchique,</li> <li>- Horaires de travail,</li> <li>- Prévention et gestion des risques en lien avec le poste.</li> </ul>	<p>Oui Oui Non Non</p>	
2.1. Gestion des ressources humaines	<p><b>2.1.17. <u>Les glissements de tâches</u></b></p> <p>Les plannings réalisés et prévisionnels permettent-ils une prise en charge sécurisée et de qualité avec les professionnels diplômés requis par unités et sans glissement de tâches ?</p> <p>Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de professionnels ?</p>	<p>Non  Oui</p>	<p>L'établissement ne produisant pas de plannings réalisés et prévisionnels, il n'est pas en mesure de garantir qu'une prise en charge sécurisée et de qualité soit organisée en corrélation avec le nombre de professionnels diplômés requis par unités et sans glissement de tâches.</p> <p>Lors de la visite, la mission n'a pas constaté de glissement de tâches sur la partie éducative et enseignement. En revanche, du fait de l'absence de continuité des soins causée par l'absence de médecin et [REDACTED] de l'IDE non compensée par un autre professionnel, la mission a constaté que certains actes relevant de compétences de soignants tels que la distribution et la prise de médicaments, étaient dispensés par des membres de l'équipe pédagogique.</p> <p><i>Ecart 31 : En n'organisant une continuité des soins et en ne se donnant pas des moyens de la vérifier par l'élaboration de plannings prévisionnels prévoyant aux différents instants de la journée les catégories de professionnels diplômés requis, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-1 du CSP et L311-3 du CASF.</i></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></p> <p>Un registre unique du personnel est-il tenu à jour</p>	<p>Oui</p>	<p>Un registre unique du personnel a été communiqué à la mission.</p>
2.3. Gestion d'information	<p><b>2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u></b></p> <p>Le registre des entrées et sorties existe-il ?</p>	<p>Non</p>	<p>L'établissement ne dispose pas d'un registre des entrées et des sorties des usagers, contresigné par le maire.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le registre des entrées et sortie est-il signé par le maire ?	Non	<i>Ecart 32 : En ne disposant pas de registre des entrées et des sorties des usagers, signé par le maire, l'établissement contrevient aux articles L331-2 CASF et R331-5 du CASF.</i>
2.3. Gestion d'information	<b>2.2.3. <u>Le registre des présences quotidiennes</u></b> Un registre des présences est-il tenu à jour quotidiennement ?	Non	La mission n'a pas constaté la présence d'un registre des présences tenu à jour. A son arrivée, aucun membre de l'établissement n'a demandé à l'équipe de renseigner le registre. <i>Ecart 33 : En ne disposant pas de registre des présences quotidiennes tenu à jour, l'établissement contrevient à l'article D312-40 du CASF.</i>
2.3. Gestion d'information	<b>2.2.4. <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 ? Les parties administrative et médicale sont-elles : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur le même support ?</li> <li>- Accessibles à tous les professionnels ?</li> </ul> L'accès aux données médicales des usagers est-il sécurisé ? Le(s) dossier(s) des jeunes comportent-ils les documents réglementaires : <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° PIA et projet de scolarisation ;</li> <li>- 4° CR réunion de synthèse ;</li> <li>- 5° CR de l'acquisition scolaire et formation professionnelle (dont GEVASCO) ;</li> </ul>	Non Non non investigué Partiellement Oui Partiellement Non Non	La mission d'inspection a pu analyser des dossiers administratifs des résidents. Ils sont stockés dans une armoire dans le bureau du secrétariat. Le dossier médical est séparé du dossier administratif. Les dossiers des usagers ne sont pas accessibles par tous puisqu'ils sont stockés dans un bureau fermé à clé. Toutefois, chaque professionnel peut en faire la demande au secrétariat.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>- 9° Certificat médicaux et résultats d'examens clinique réalisés à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>non investigué</p>	<p>Lors de l'analyse d'un échantillon de dossier des usagers, la mission a constaté la présence de documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le contrat de séjour,</li> <li>- Les autorisations écrites pour les photos et autres,</li> <li>- Les notifications MDPH,</li> <li>- Des bilans éducatifs,</li> <li>- Des documents administratifs officiels (carte d'identité nationale, CMI...).</li> </ul> <p>Toutefois, la mission a également constaté l'absence de plusieurs documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dossier unique d'admission,</li> <li>- Le règlement de fonctionnement signé par le représentant légal,</li> <li>- L'attestation d'assurance de responsabilité civile,</li> <li>- L'attestation de remise des documents (chartre des droits et libertés de l'utilisateur, livret d'accueil...),</li> <li>- Des comptes rendus de réunions ou d'intervention concernant l'enfant,</li> <li>- Les projets de scolarisation,</li> <li>- Dans un dossier, il manquait le projet d'accompagnement personnalisé,</li> <li>- Dans un dossier, il manquait la notification d'orientation de la CDAPH.</li> </ul> <p><i>Ecart 34 : En n'intégrant pas dans les dossiers des usagers l'ensemble des documents légaux qui concernent l'utilisateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-37 du CASF.</i></p>
	Le(s) dossier(s) est(sont)-il(s) tenu(s) à jour pour chaque usager ?	Oui	Les dossiers analysés sont tenus à jour. Toutefois, des sous-dossiers ou des documents peuvent être mal rangés.
	Le dossier donne-t-il une vision de l'accompagnement pluridisciplinaire apporté au jeune (travail du parcours) ?	Non	A cause de l'absence de comptes rendus du développement psychologique, cognitif, éducatif et corporel dans les dossiers des usagers, il n'est pas possible d'avoir une vision d'ensemble de

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			l'accompagnement pluridisciplinaire et donc une transmission des savoirs aux autres professionnels. <i>Ecart 35 : En ne réalisant pas des comptes rendus mis à disposition dans le dossier de l'usager afin d'avoir une vision générale de l'accompagnement, l'établissement contrevient à l'article 311-3 du CASF.</i>


## 2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

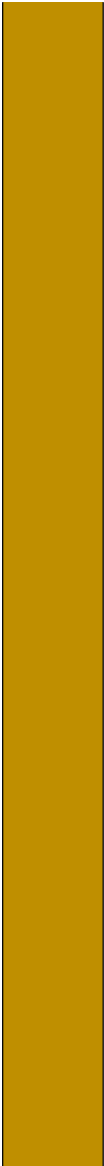
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<b>2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u></b>  Les bâtiments et les extérieurs sont-ils entretenus ?	Oui	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<b>2.3.2. <u>Espaces extérieurs</u></b>  Les usagers ont-ils un accès à une aire 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 ?	Oui  Non non concerné	Le bâtiment est plutôt ancien. Il comporte deux espaces extérieurs qui sont ensoleillés à différents moments de la journée, permettant d'éviter le soleil pour les usagers. Une des deux cours bénéficient de constructions pour jouer (type petit tobogan). La deuxième dispose d'équipements sportifs non mobiles.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<b>2.3.3. <u>Le suivi des réparations</u></b>  Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	non investigué	
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<b>2.3.4. <u>L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite (PMR)</u></b>  Les locaux sont-ils conformes pour les PMR en matière de :		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Accessibilité,	Partiellement	<p>Bien que l'établissement bénéficie d'un ascenseur, la circulation en fauteuil roulant peut être entravée par des marches non desservies par l'ascenseur. La mission n'a pas constaté de WC PMR.</p> <p><i>Ecart 36 : En ne disposant pas de locaux conformes aux normes PMR, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-32 du CASF.</i></p>
	- Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ?	Non	
	- Circulations verticales : ascenseurs... ?	Oui	
	Y-a-t-il une signalétique spécifique (pictogrammes, ...) adaptée aux handicaps des personnes accueillies ?	Oui	

## 2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<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>- Liées à la formation professionnelle,</li> </ul> <p>- De rééducation,</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 handicaps des usagers ?</p> <p>La structure dispose-t-elle : (selon les besoins)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une cuisine,</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>L'IME ne dispose pas de locaux permettant la formation professionnelle des enfants.</p> <p><i>Ecart 37 : En ne disposant pas de locaux permettant la formation professionnelle des usagers alors que la structure accueille des usagers concernés par cette thématique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D3112-27 du CASF.</i></p> <p>L'IME dispose de trois cuisines : une pour la cantine où sont majoritairement pris les repas des enfants, une pour le personnel et une cuisine thérapeutique. Pour accéder à la cuisine</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>thérapeutique, il est nécessaire de passer par le local de buanderie, également utilisé comme sas d'équipement pour la cuisine thérapeutique. Or, la cuisine bénéficie d'une deuxième porte qui pourrait éviter à ce que les gens passent par la buanderie.</p> <p>La mission note qu'aucun des tiroirs et étagères se sont sécurisés. Or, plusieurs tiroirs contiennent des objets (robots de cuisines) et ustensiles (couteaux aiguisés) pouvant être dangereux pour des enfants avec des déficiences intellectuelles.</p> <p><b>Document 1. Cuisine thérapeutique - Tiroirs accessibles avec couteaux et ustensiles</b></p> 




**Document 2.** Cuisine thérapeutique - Plan de travail, tiroirs, et robots de cuisine accessibles



**Document 3.** Cuisine thérapeutique - Frigo et ustensiles à disposition





Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p>Toutefois, les toilettes des usagers du second étage n'avaient pas été nettoyées. La visite d'inspection ayant eu lieu un lundi matin, cela veut dire que les toilettes n'avaient pas été nettoyées depuis le vendredi minimum.</p> <p>Une feuille de nettoyage complétée était présente dans les toilettes. Celles-ci dataient de 2024. Un personnel présent sur place nous a signalé que cette feuille datait bien de 2025, que c'était juste la même feuille de l'année dernière.</p> <p><b>Document 5. Toilettes du 2ème étage non nettoyées</b></p>  <p><i>Ecart 39 : En ne maintenant pas la propreté des locaux, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-32 du CASF.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p><b>2.4.2. <u>La circulation dans les locaux</u></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>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>non investigué</p> <p>Oui</p>	<p>Bien qu'il y ait des ascenseurs, il reste des marches non desservies.</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p><b>2.4.3. <u>La salle d'apaisement</u></b></p> <p>La structure dispose-t-elle d'un espace permettant le retrait au calme et l'apaisement des usagers ?</p> <p>Quels équipements sont disponibles dans la salle d'apaisement ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Un tapis de sol, des poufs et des couvertures.</p>
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p><b>2.4.4. <u>Les pièces d'eau</u></b></p> <p>Le revêtement de sol des pièces d'eau est-il antidérapant ?</p> <p><b><u>Les salles de bains</u></b></p> <p>Les installations d'eau sont-elles accessibles aux usagers ?</p> <p>Des points d'eau sont-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Installés près des chambres et des salles à manger,</li> <li>- Équipés de dispositifs pour éviter aux usagers de s'ébouillanter</li> </ul> <p><b><u>Les baignoires et douches</u></b></p> <p>La structure dispose-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De douches, au moins au nombre de 1 pour 6 usagers ;</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non concerné</p> <p>Non investigué</p> <p>Non</p>	<p>La mission a constaté une douche par étage, soit deux douches pour l'ensemble des usagers.</p> <p><i>Ecart 40 : En ne disposant pas d'une douche pour 6 usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-31 du CASF.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Et également de baignoires ?</li> </ul> <p><b>Les WC</b></p> <p>Des WC dédiés aux usagers sont-ils installés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À proximité des chambres ?</li> <li>- À l'extérieur de la structure ?</li> </ul> <p>Les WC sont-ils équipés de portes pouvant être ouvertes de l'extérieur en cas de besoin ?</p> <p>Les WC dédiés aux usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sont-ils au moins au nombre de 1 pour 4 usagers ?</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non concerné</p> <p>Non concerné</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>La mission a constaté deux WC par étage (un pour les usagers garçons, un pour les usagers filles).</p> <p><i>Ecart 41 : En ne disposant pas d'un WC pour 4 usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-73 du CASF.</i></p> <p>Les toilettes de la structures sont adaptés aux handicaps, à la taille et à l'âge des différents usagers grâce à la présence de matériels d'adaptation.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sont-ils adaptés aux handicaps des usagers ?</li> </ul>	Oui	

## 2.5. Sécurités

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.1. <u>L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement</u></b></p> <p>Le directeur a-t-il contracté une assurance générale au bénéfice des jeunes qui ne sont pas couverts par le titre I<sup>er</sup> du livre IV du code de la sécurité sociale ?</p>	Non investigué	
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.2. <u>La qualité de l'eau</u></b></p> <p>La qualité de l'eau est-elle régulièrement contrôlée ?</p>	Non investigué	
2.5. Sécurités	<p><b>2.5.3. <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u></b></p> <p>Un contrat est-il signé avec un prestataire d'enlèvement des DASRI ?</p> <p>Les DASRI sont-ils stockés dans un local dédié ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>Un contrat avec un prestataire a été signé le [REDACTED]</p> <p>La mission n'a pas constaté la présence de local DASRI.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Le marquage des DASRI est-il conforme ?	Non	<i>Ecart 42 : En ne disposant pas d'un local DASRI, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'arrêté du 7 septembre 1999.</i>
2.5. Sécurité	<b>2.5.4. Les vaccinations des usagers</b> Y-a-t-il un suivi des vaccinations des usagers ?	Non investigué	
2.5. Sécurité	<b>2.5.5. L'aide à la prévention des chutes</b> Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : - Barres d'appui systématiques - Matériels d'assise stables dans les différentes salles et dans les espaces communs ?	Oui  Oui Oui	Dans les locaux, de nombreux pictogrammes, barres d'appui, marquage au sol sont prévus pour prévenir les chutes.
2.5. Sécurité	<b>2.5.6. La prévention des fuques</b> La structure est-elle équipée d'un système anti-fuques adapté à l'âge du jeune ?	Oui	Les portes d'entrées et accès sont sécurisés avec un système de code ou de badge.
2.5. Sécurité	<b>2.5.7. L'identification des usagers (identitovigilance)</b> Quels sont les différents moyens mis en place pour garantir l'identification des usagers au sein de la structure ? (Photos, étiquettes, bracelets, ...)	Oui	Des photos des usagers sont devant les salles ou au-dessus des porte-manteaux.
2.5. Sécurité	<b>2.5.8. PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</b> Le PV de la commission émet-t-il un avis favorable ?  Le cas échéant, les recommandations ont-elles été levées ?	Non  Non investigué	L'établissement n'a pas transmis le PV de la commission pour la sécurité.  <i>Ecart 43 : En ne transmettant pas le PV de la commission de sécurité, l'établissement ne permet pas à la mission de s'assurer de la conformité de la structure..</i>

### 3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.1. <u>L'admission</u></b></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'utilisateur et sa famille ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p></p> <p></p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p> <p>Oui</p>	<p>Il y a une Commission d'étude des dossiers, composée de la Directrice adjointe, des responsables de service éducatif, d'une infirmière, de l'assistante de service social et de la psychologue. Cette Commission se rassemble lorsqu'il y a un mouvement sur la liste d'attente ou dès que nécessaire.</p> <p>Puis, une Commission d'admission, composée de la Directrice adjointe, des responsables de service éducatif, d'une infirmière, de la psychologue et d'un éducateur valide ou non les admissions.</p> <p>Dossier incomplet ou modalités d'accompagnement pas adaptées par rapport aux besoins de la personne.</p> <p>La procédure communiquée à la mission fait état d'un courrier argumenté expliquant le refus à la MDPH. Toutefois, la procédure ne mentionne pas de délai.</p> <p><i>Ecart 44 : 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 R146-36 et D312-35 / D312-82 / D312-97 du CASF.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Un stage d'observation est-il proposé systématiquement avant validation définitive de l'admission ?	Partiellement	Lors de différents entretiens, des agents ont précisé que des usagers pouvaient venir quelques jours au sein de leur structure selon leur besoin. Toutefois, cela n'est pas marqué dans la procédure.  <i>Remarque 27 : En adéquation avec les bonnes pratiques de l'HAS, il est important de proposer systématiquement un stage d'observation avant validation définitive de l'admission.</i>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.2. <u>Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous »</u></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>L'établissement a participé à 10 GOS.</p> <p>L'établissement a reçu 3 PAG.</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.3. <u>Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge (DIPC)</u></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>Les contrats de séjours observés ont été réalisés en amont de l'entrée de l'utilisateur.</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.4. <u>Le livret d'accueil</u></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>	<p>Non</p>	<p>Lors de l'analyse des dossiers des usagers, aucun document attestant de la remise des différents documents obligatoires (dont le livret d'accueil) n'était présent.</p> <p><i>Ecart 45 : En ne remettant pas le livret d'accueil à chaque résident à leur entrée dans l'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.</i></p> <p>Le livret d'accueil ne comprend pas la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, ni le règlement de fonctionnement. Pour autant, un encart à la fin du livret d'accueil stipule les documents à expliquer et à remettre lors de l'admission des usagers (contrat de séjour,</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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>Partiellement</p> <p>Partiellement</p>	<p>consignes pour le transport des enfants, livret d'accueil de la personne accompagnée, règlement de fonctionnement du Rondo, calendrier d'ouverture).</p> <p><i>Ecart 46 : L'absence de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie en annexe du livret d'accueil contrevient aux dispositions de l'article L311-4 a) du CASF.</i></p> <p><i>Ecart 47 : L'absence du règlement de fonctionnement en annexe du livret d'accueil contrevient aux dispositions de l'article L311-4 b) du CASF.</i></p>
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	Les médecins traitants des usagers ne sont pas tous connus par la structure. En l'absence de médecin au sein de l'établissement, l'infirmière enjoint les familles des usagers à consulter un médecin régulièrement, notamment en début d'année pour faire un bilan. Cependant elle indique n'avoir aucun contact avec les médecins des usagers.
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	Oui
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>Qui assure le pilotage des transmission inter équipes ?</p> <p>Y a-t-il des transmissions (écrites et/ou orale) entre les professionnels de nuit (internat) et de jour ?</p> <p>Quel est le mode de transmission écrite (logiciel (DUI), registre, cahier, ...)</p>	Oui	Non concerné
		Non concerné	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.8. <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	<p>La mission a constaté la présence de neuf personnes de plus de 20 ans.</p> <p>L'utilisateur le plus âgé a [REDACTED]</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<p><b>3.1.9. <u>La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie</u></b></p> <p>La sortie des usagers est-elle anticipée auprès de la MDPH ?</p> <p>Existe-t-il des fins de prise en charge sans décision préalable de la CDAPH ?</p> <p>Les décisions et les motifs de sortie de l'utilisateur sont-ils gardés dans le dossier de l'utilisateur ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non investigué</p>	<p>Aucune des informations recueillies par la mission n'indique qu'une sollicitation de la MDPH est réalisée au moins 1 an avant la sortie des usagers.</p> <p><i>Remarque 28 : En n'anticipant pas la sortie de l'utilisateur dans des délais compatibles avec la réalité administrative, l'établissement ne permet pas de garantir une sortie de l'utilisateur dans un contexte serein.</i></p> <p>La mission n'a pas examiné de dossiers d'utilisateurs ayant déjà quitté la structure.</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>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>Partiellement</p> <p>Non investigué</p>	<p>L'IME a entamé tardivement une démarche sur la sortie dans le monde adulte. Le poste récent de coordonnateur permet de prévoir un accompagnement adapté et global de la personne tout au long de son parcours.</p> <p><i>Ecart 48 : En n'assurant pas un accompagnement à l'insertion sociale et professionnel pendant les trois ans suivants la sortie de la personne accompagnée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-18 du CASF.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<b>3.1.10. <u>Le service social</u></b>		
	Un service social, confié à un assistant de service social, est-il présent dans la structure ?	Oui	
	Le régime de protection juridique des enfants arrivant à majorité est-il anticipé ? (Tutelle, curatelle, etc...) Par quels intermédiaires ?	Non investigué	

## 3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	<b>3.2.1. <u>Les Projets individualisés d'accompagnement (PIA) :</u></b>		
	L'élaboration et le suivi des PIA font-ils l'objet d'une procédure ?	Partiellement	Une procédure a été transmise à la mission. Celle-ci a été rédigée en 2023 et devait être actualisée en avril 2024.  <i>Remarque 29 : En ne disposant pas d'une procédure actualisée d'élaboration et de suivi des projets personnalisés d'accompagnement, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'HAS.</i>
	Chaque usager a-t-il un projet individualisé d'accompagnement ?	Oui	
	Les PIA sont-ils régulièrement actualisés ?	Oui	
	Les PIA respectent-ils les besoins, des capacités et de l'autonomie des usagers dans les domaines :) - Social, - Affectif, - Scolaire, - Professionnel ?	Oui Oui Oui Non concerné	
	Chaque résident a-t-il un référent parmi les professionnels ?	Oui	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Dans le cadre du PIA, les usagers sont-ils employés aux services généraux sous la surveillance des professionnels ?	Non	
	Les usagers sont-ils utilisés pour effectuer des tâches incombant aux professionnels de l'établissement ?	Non	
	Les PIA prévoient-ils une partie pédagogique, éducative et thérapeutique ?	Oui	
	Les familles sont-elles associées à l'élaboration des PIA ?	Partiellement	
	Les équipes médico-psychopédagogiques font-elles parvenir aux familles : - Des informations sur l'évolution de l'usager tous les semestres (DI, DP) ;	Non	La mission n'a pas constaté d'informations sur l'évolution de l'usager tous les semestres aux familles. <i>Ecart 49 : En ne faisant pas parvenir aux familles des informations sur l'évolution de l'usager tous les semestres, l'établissement contrevient à l'article D312-14 du CASF.</i>
	- Un bilan pluridisciplinaire complet sur la situation de l'usager, tous les ans ?	Oui	Une réunion pluridisciplinaire pour chaque usager est réalisée en fin d'année scolaire avec l'ensemble de l'équipe pour faire un bilan de l'année et travailler l'orientation ou les projets de l'année à venir.
	Existe-t-il des réunions de synthèse régulières et pluridisciplinaires ?	Oui	Les entretiens avec l'ensemble des salariés et de la direction indiquent que des réunions de synthèse pluridisciplinaires sont organisées régulièrement. Toutefois, la mission n'a pas constaté de documents présents dans les dossiers des usagers. <i>Ecart 50 : En ne prévoyant pas la validation des projets personnalisés d'accompagnement en équipe pluridisciplinaire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-19 du CASF.</i>
	Les PIA prévoient-ils : - L'enseignement et le soutien permettant à chaque enfant de réaliser, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation, en référence aux programmes scolaires en vigueur, les apprentissages nécessaires ;	Oui	
	- Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent et à faciliter la communication et la socialisation.	Oui	

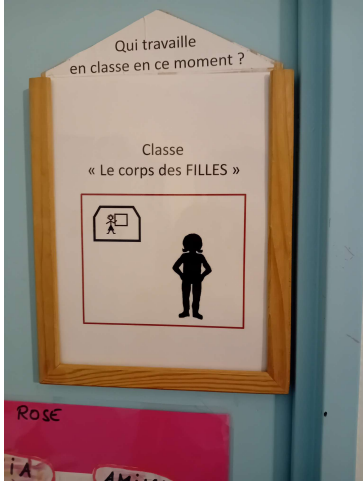
### 3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	<p><b>3.3.1. <u>Les personnes qualifiées départementales</u></b></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>	Non	<p>Lors de la visite, la mission n'a pas constaté d'affichage dans l'établissement. La mission n'a pas constaté de feuille attestant de la bonne remise de cette liste lors de l'arrivée de l'utilisateur.</p> <p><i>Ecart 51 : En ne garantissant pas aux usagers la possibilité de recourir à une personne qualifiée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-5 du CASF.</i></p>
	<p><b>3.3.2. <u>La liberté d'aller et venir</u></b></p> <p>Existe-t-il une procédure de mise sous contention ?</p> <p>Les mesures pour soutenir la liberté d'aller et venir sont-elles réévaluées autant que de besoin par le médecin et l'équipe médico-sociale ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>La mission n'a pas constaté l'existence d'une procédure de mise sous contention au sein de l'établissement. Or la mission a constaté la présence d'une salle d'apaisement au sein de l'établissement, bien qu'elle ne soit pas conforme avec les attendus pour cette typologie de locaux (murs non capitonnés entre autres).</p> <p><i>Ecart 52 : En ne disposant pas d'un protocole détaillé et spécifique à la mise sous contention des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.</i></p> <p>L'établissement ne disposant pas de médecin depuis plusieurs années, les mesures pour soutenir la liberté d'aller et venir ne peuvent pas être réévaluées autant que de besoin.</p> <p><i>Ecart 53 : En ne réévaluant pas régulièrement les contentions, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF.</i></p> <p><i>Ecart 54 : En limitant la liberté d'aller et venir des résidents sans document formalisant les raisons et conditions de cette limitation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4-1 du CASF</i></p>
	<p>Les contentions font-elles systématiquement l'objet d'une prescription ?</p>	Non	<p><i>Remarque 30 : En ne faisant pas de la contention l'objet d'une prescription systématique, l'établissement ne respecte pas les recommandations de l'HAS « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité ».</i></p>

### 3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	<p><b>3.4.1. <u>Relations avec les familles</u></b></p> <p>Les familles sont-elles invitées à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ?</p> <p>L'accompagnement des familles est-il réalisé par la structure ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les familles peuvent rencontrer les professionnels dès que besoin et quotidiennement.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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, journée portes ouvertes aux familles, ...)</p> <p>Des locaux sont-ils dédiés à l'accueil des familles ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	 <p>Il existe un cahier de transmission afin d'échanger de programmer des rencontres. En 2024, l'établissement a également essayé de mettre en place des temps d'échange « questions / réponses » sur le temps du midi. Le retour est plutôt positif, le directeur souhaite poursuivre cette dynamique en 2025.</p> <p>L'absence de local dédié aux familles ne présente pas un frein aux échanges. Il est possible de trouver des salles libres (classe, d'activité...).</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>Non</p> <p>Non investigué</p>	<p>La structure organiser des sorties extérieures lors des vacances scolaires (acrobranche, piscine plaisir, trampoline, château de Versailles, foot).</p> <p>Depuis le COVID-19, la structure n'organise pas de sortie sur plusieurs jours.</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>Choisir</p>	<p>Des temps de classe travrsaux ont déjà eu lieu, notamment une séance sur le corps des filles et des arçons animée par une enseignante avec une IDE. Des plaquettes informatives adaptées ont été transmises aux usagers qui ont pu les partager avec les membres de la mission.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
			<p><b>Document 6. Porte d'une salle de classe en cours de leçon sur "le corps des filles"</b></p> 
	Y a-t-il une procédure relative au respect de l'intimité des usagers ?	Non	<p>La mission n'a pas constaté de procédure relative au respect de l'intimité des usagers. Toutefois, un des psychologue est le référent sur ce sujet. Il est accompagné par d'autres professionnels (enseignants, IDE...). Aucune formation spécifique n'a toutefois été suivie par le psychologue.</p> <p>Il avait proposé un plan visant à reprendre le sujet de manière globale avec l'ensemble des prépubères, mais cette démarche n'a pas été poursuivie. Un brouillon de charte sur la vie affective et sexuelle, pensée pour être accessible à tous les jeunes, avait également été rédigé mais n'a jamais été finalisé.</p> <p><i>Remarque 31 : En ne formalisant pas une procédure permettant de garantir le respect systématique de la dignité et de l'intimité des personnes accompagnées, l'établissement ne se met pas en situation de garantir le respect des dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.</i></p>
	Y a-t-il une procédure relative au respect de la vie affective des usagers ?	Non	<p>La mission n'a pas constaté de procédure relative au respect de la vie affective des usagers. En revanche, les usagers rencontrés par la mission ont fait part librement des échanges qu'ils ont pu avoir avec leurs éducateurs et enseignants sur les règles relatives à la vie affective au sein de l'établissement. Egalement un usager a partagé à la mission avoir "un amoureux" et être dans une relation réciproque. Cet usager a été en capacité de préciser qu'il avait été informé et éduqué sur le fait qu'il ne devait réaliser des actes amoureux s'il avait peur ou se sentait forcé. Un autre usager a été en mesure d'indiquer avoir "un crush" sur un camarade. Le sujet de la vie affective est ainsi abordé au sein de l'établissement de manière pédagogique et dans le respect des usagers, mais il n'est pas formalisé.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	Y a-t-il un accompagnement gynécologique ?	Non	<i>Remarque 32 : En ne formalisant pas une procédure permettant de garantir le respect systématique de la vie affective des usagers, l'établissement ne se met pas en situation de garantir le respect des dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.</i>

### 3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS 3.4. Vie quotidienne - Hébergement	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<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>Oui</p> <p>Non concerné</p> <p>Oui</p>	<p>La mission a noté l'existence de plusieurs plaintes et réclamations concernant les transports des enfants. Si l'établissement transmet systématiquement l'information à la société de transport, il ne semble pas que l'établissement organise régulièrement (une fois par an) de point avec la société de transport pour faire un bilan de l'année, des difficultés rencontrées, et adapter les procédures et les prises en charge.</p> <p><i>Remarque 33 : En ne mettant pas en place des rencontres régulières avec les chauffeurs afin de faire un bilan des prises en charge, l'établissement n'assure pas la bonne remontée des plaintes et des réclamations des usagers.</i></p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.5.2. <u>La tenue vestimentaire des jeunes</u></b></p> <p>La tenue vestimentaire des usagers est-elle imposée ?</p>	Non	Les usagers n'ont pas de tenue vestimentaire imposée.

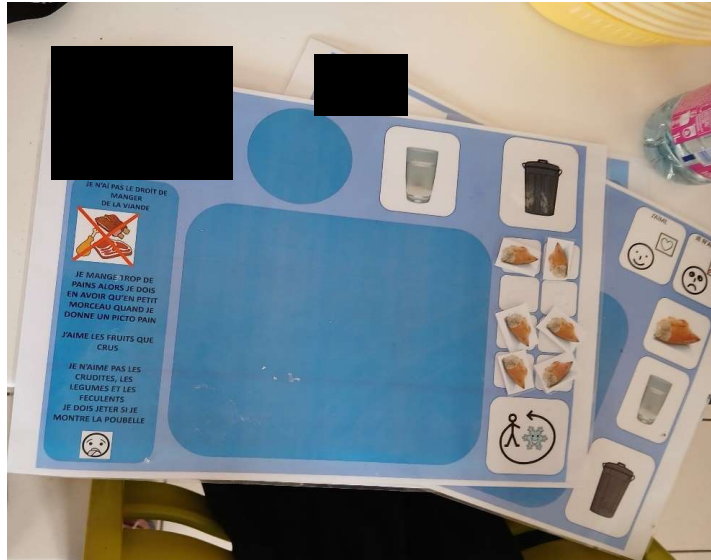
### 3.6. L'hébergement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p><b>3.6.1. <u>L'hygiène corporelle selon l'autonomie</u></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>Partiellement</p> <p>Non investigué</p>	<p>L'infirmière indique faire des points réguliers avec les familles d'usagers nécessitant un suivi et un accompagnement sur l'hygiène corporelle.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.6.2. <u>Les changes</u></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>Non investigué</p> <p>Non investigué</p>	
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<p><b>3.6.3. <u>Le circuit du linge</u></b></p> <p>La structure prend-elle en charge l'entretien du linge ?</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'IME ne dispose pas d'internat. Pour autant, il existe une buanderie avec une machine à laver et un étendoir. Elle est utilisée pour laver le linge lors du retour de la piscine, d'un atelier peinture ou cuisine thérapeutique, ou en cas d'accident. La pièce buanderie est également la porte d'entrée de la cuisine thérapeutique.</p>
	<p>Y a-t-il une procédure de la gestion du linge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plat ;</li> <li>- De toilette ;</li> <li>- Des vêtements personnels.</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non concerné</p> <p>Non concerné</p> <p>Non</p>	<p>Il n'existe pas de procédure de gestion du linge.</p> <p><i>Ecart 55 : En ne formalisant pas d'une procédure de la gestion du linge, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-31 du CASF.</i></p>

### 3.7. L'alimentation

Sous-thème IGAS	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>Oui</p>	<p>Les repas sont préparés par un prestataire extérieur [REDACTED] Les repas arrivent froid et le cuisinier doit réchauffer les plats.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Un professionnel de la structure est-il désigné pour vérifier le respect du cahier des charges de restauration (grammage, composition des menus, apports nutritionnels, ...) ?</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> <li>- Par un prestataire de restauration collective ?</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>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Oui</p>	<p>Plusieurs problèmes ont eu lieu avec le prestataire (non fournissage des repas, absence de stock ce qui fait que l'établissement a du aller faire les courses...). L'établissement s'est entretenu avec le prestataire et depuis les sujets sont entrés dans l'ordre. [REDACTED]</p> <p>Il n'y a pas de commission des menus. Une commission se tenait auparavant mais celle-ci a été supprimée à la suite des problèmes avec le prestataire. Depuis 2023, d'après l'enquête de satisfaction de 2023, les menus scolaires ne sont plus envoyés.</p> <p><i>Ecart 56 : En ne réalisant pas une commission des menus de façon régulière, l'établissement contrevient à l'article D312-22 du CASF.</i></p> <p>Aucun contrat de prestataire n'a été fourni par la structure à la mission.</p>
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<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>L'aménagement du restaurant d'enfants permet-il la prise des repas en petits groupes ?</p>	<p>Non concerné</p> <p>Oui</p>	<p>Petit-déjeuner : NC</p> <p>Déjeuner : à partir de 11H45 jusqu'à 13h</p> <p>Goûter : NC car les usagers repartent à partir de 14h30</p> <p>Diner : NC</p> <p>La salle de restauration se trouve au rez-de-chaussée, à côté des cuisines. Il y a une grande salle accueillant une dizaine d'enfants, deux salles communicantes accueillants entre cinq et dix enfants nécessitant plus de calme. Le temps du repas sur surveillés par les éducateurs spécialisés, qui mangent avec eux.</p> <p>D'autres enfants mangent au premier et deuxième étage en groupe.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	<p>Les salles à manger sont-elles en nombre suffisant ?</p> <p>Les salles à manger peuvent-elles être ouvertes de l'extérieur en cas de nécessité ?</p>	<p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>Les salles au rez-de-chaussée communiquent avec une des deux cours extérieures.</p>
<p>3.4. Vie quotidienne - Hébergement</p>	<p><b>3.7.3. <u>Les régimes, textures</u></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>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p>En l'absence de médecin au sein de l'établissement, les régimes alimentaires et les textures modifiées ne font pas l'objet d'une prescription.</p> <p><i>Ecart 57 : En ne prescrivant pas les régimes alimentaires et les textures modifiées par un médecin au sein de l'établissement, l'établissement contrevient à l'article 311-3 du CASF.</i></p> <p>Les usagers ayant des particularités alimentaires ou de comportements ont des sets de table plastifiés avec leur patronyme, ce qu'ils aiment ou non, ce qu'ils ont le droit de manger... Cela permet d'être vigilant.</p> <p><b>Document 7. Set de table individuel</b></p> 

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<b>3.7.4. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u></b>		
	Les risques de fausse route sont-ils repérés dès l'admission ? (ex. : Test du verre d'eau)	Non investigué	
	Les professionnels sont-ils formés à la détection des fausses routes ?	Non investigué	
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	<b>3.7.5. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u></b>		
	Y a-t-il des enquêtes de satisfaction sur l'alimentation ?	Oui	Les résultats de l'enquête de satisfaction de 2023 a été transmis à la mission. Dans les « axes d'amélioration », on y retrouve la « prestation restauration ».
	Y a-t-il un suivi régulier de l'état nutritionnel (poids, IMC) ?	Oui	L'infirmière de l'établissement réalise régulièrement un suivi du poids et de l'IMC des jeunes de l'établissement. Certains suivis sont plus fréquent en fonction de leurs problématiques propres.
	Quelles sont les actions en cas de dénutrition/obésité ou troubles de l'alimentation (CNO, aide, stimulation, ...) ?		En l'absence de médecin au sein de la structure, l'infirmière transmet les informations à la famille de chaque usager et en les orientant vers leur médecin traitant.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	<b>3.8.1. <u>L'organisation du champ de l'éducation dans le projet d'établissement</u></b>		
	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 ?	Non	L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement à jour. Cf. Ecart 2
3.5 Champ de l'éducation	<b>3.8.2. <u>L'organisation des activités éducatives</u></b>		
	Chaque jeune dispose-t-il d'un emploi du temps individualisé qui retrace fidèlement ses activités ?	Partiellement	Les usagers peuvent consulter un emploi du temps affiché sur les murs. Celui-ci retrace les activités et les groupes concernés. Toutefois, la mission n'a pas constaté d'emploi du temps individuel communiqué à chaque usager.
	Les activités éducatives sont-elles réalisées :		<i>Ecart 58 : En ne disposant pas d'un planning d'animation individualisé permettant la mise en œuvre d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins de la personne accompagnée, l'établissement n'est pas en mesure de satisfaire à l'article D312-15 du CASF.</i>
	- Individuellement ;	Partiellement	Les actions collectives sont privilégiées.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Collectivement ? Les activités éducatives sont-elles organisées en fonction des besoins propres de chaque usager conformément au PAI ?	Oui Oui	
3.5 Champ de l'éducation	<b>3.8.3. <u>Articulation des équipes éducatives et pédagogiques</u></b> Y a-t-il une convention entre la structure et le ministère de l'Éducation nationale ou un établissement privé sous contrat ?  Les professionnels de la structure et les enseignants se concertent-ils ? Les professionnels de la structure participent-ils à la formation des enseignants ?	Oui  Oui Non investigué	L'établissement bénéficie de 2 enseignantes spécialisées détachées de l'Éducation nationale. Toutefois, la mission n'a pas vérifié la convention entre la structure et le ministère de l'Éducation nationale.

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

Sous-thème IGAS	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	Partiellement	L'IME travaille sur la possibilité d'inclure des personnes en milieu scolaire ordinaire, pour autant, cela se montre difficile au regard des difficultés des personnes accueillies.  Le poste récent de coordonnateur permet de prévoir un accompagnement adapté et global de la personne tout au long de son parcours.  En 2024, deux personnes ont bénéficié d'un parcours croisé en milieu ordinaire (classe ULIS).  <i>Ecart 59 : En ne mettant pas en œuvre des actions d'intégration scolaire en milieu ordinaire, adapté ou protégé, l'établissement contrevient à l'article L311-1 (4°) du CASF.</i>
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 investigué Non investigué Non investigué Non investigué	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.5 Champ de l'éducation	<p><b>3.9.3. <u>La scolarisation en unités d'enseignement</u></b></p> <p>Y a-t-il une unité d'enseignement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au sein de la structure ;</li> <li>- Dans un établissement scolaire ?)</li> </ul> <p>Y a-t-il une convention entre la structure et l'Éducation nationale pour la mise en œuvre d'une unité d'enseignement ?</p> <p>L'unité d'enseignement dispense-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un enseignement général ?</li> <li>- Un enseignement professionnel ?</li> </ul>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non investigué</p>	
3.5 Champ de l'éducation	<p><b>3.9.4. <u>Les projets personnalités de scolarisation</u></b></p> <p>Un enseignant référent est-il désigné pour chaque jeune ?</p> <p>Le projet individualisé de scolarisation de chaque usager est inclus dans le PIA ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non investigué</p>	

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.1. <u>L'organisation des soins dans le projet d'établissement</u></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 thérapeutique ?</p>	<p>Non</p>	<p>Le projet d'établissement transmis à la mission est daté de janvier 2010 et est donc obsolète depuis 2014. Le directeur de la structure, qui a pris son poste en novembre 2023 a indiqué à la mission qu'un travail d'élaboration d'un nouveau projet d'établissement serait lancé à l'été 2025 mais qu'il ne serait sans doute finalisé que fin 2026. Par ailleurs [REDACTED] la structure a indiqué ne pas avoir été sollicité à date pour ce projet.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Cf. Ecart n°2.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p><b>3.10.2. <u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u></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>Non</p> <p>Non</p>	<p>Il n'existe pas de planning des professionnels intervenant dans les soins. Il n'est donc pas possible de vérifier que les temps de présence de chacun des professionnels permettent une continuité des soins.</p> <p>Par ailleurs, l'établissement n'a plus de médecin depuis plusieurs années. [REDACTED] Des mini-formations ont été réalisées par l'IDE auprès des moniteurs-éducateurs pour l'administration des médicaments en son absence. Une captation de la formation a été réalisé ce jour là.</p> <p>Cependant, il n'y a donc pas d'IDE au sein de la structure un jour par semaine ce qui est problématique étant donné l'absence de médecin.</p> <p>L'IDE a indiqué par ailleurs avoir demandé à décaler ses horaires plus tôt le matin [REDACTED] pour lui permettre d'être présente au moment de l'arrivée des enfants [REDACTED]</p> <p><i>Ecart 60 : En n'organisant pas la continuité des soins au sein de la structure, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</i></p> <p>Il n'existe pas d'astreinte.</p> <p>Actuellement, un protocole écrit et traçé pour les démarches à réaliser en l'absence de l'IDE est en cours d'élaboration.</p> <p><i>Ecart 61 : En n'organisant pas d'astreinte et en l'absence de procédures formalisées pour garantir la continuité des soins au sein de la structure, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.</i></p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.3. <u>Missions médicales</u></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>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Partiellement</p>	<p>Il n'y a pas de médecin au sein de la structure.</p> <p>Cf. Ecart 28</p> <p>En l'absence d'un médecin l'IDE réalise un travail de développement des coopérations avec des médecins traitants et des services ressources (salle pétrière, CHV). Elle travaille également sur l'adhésion des parents.</p> <p>L'IDE de la structure réalise des actions de suivi et de prévention auprès des enfants et de leurs familles en matière d'hygiène et d'alimentation.</p>

Sous-thème IGAS	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>Y -a-t-il des astreintes médicales ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	<p><i>Ecart 62 : En n'assurant pas la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'alimentation des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-22 du CASF</i></p> <p>En l'absence de médecin dans la structure, les enfants sont incités à se rendre chez leur médecin traitant au moment de la rentrée scolaire pour faire un bilan complet annuel.</p> <p><i>Ecart 63 : En ne réalisant pas au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-12 du CASF.</i></p> <p>En l'absence de médecins, il n'ya pas d'astreintes médicales.</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.4. <u>Le cabinet médical et l'infirmier</u></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'infirmier</p> <p>Une infirmerie de 2 ou 3 chambres est-elle présente sur la structure ?</p> <p>En présence d'internat, l'infirmier dispose-t-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'une salle commune de jour ;</li> <li>- Une pièce pour la toilette des jeunes malades ;</li> <li>- D'une chambre pour l'infirmier de garde ?</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Non concerné</p>	<p>Il n'y a pas de cabinet médical au sein de la structure, et l'infirmier, qui fait office d'infirmier et de bureau médical, ne dispose pas d'une salle d'attente</p> <p><i>Ecart 64 : En ne disposant pas d'un cabinet médical équipé, précédé d'une salle d'attente, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.</i></p> <p>Le cabinet médical et l'infirmier sont un seul et même bureau ne contenant qu'un seul bureau physique.</p> <p><i>Ecart 65 : En ne disposant pas d'une salle de soins distincte du cabinet médical, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.</i></p> <p>Il y a une réserve de pharmacie (médicament) dans une armoire sous clé, une vérification est réalisée par l'IDE chaque mois. Un document de traçabilité est mis en place et affichée à l'intérieur de la porte de la réserve.</p> <p>Les autres produits comme le sérum physiologie, les compresses, etc... se trouvent dans les tiroirs du bas de l'armoire de la pharmacie, non fermés à clés.</p> <p>Il n'y a pas de chambre au sein de l'infirmier.</p> <p><i>Ecart 66 : En ne disposant pas au sein de l'infirmier de 2 ou 3 chambres individuelles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.</i></p> <p>L'établissement en dispose pas d'un internat et n'est donc pas concernée par ce sujet.</p>
	<p>L'accès aux locaux de soins et de la réserve de pharmacie est-il sécurisé ?</p>	<p>Non</p>	<p>La porte du local de soins est sécurisé par une clé avec un pass et un verrou à code. Le verrou à code a vocation à disparaître.</p> <p>Cependant, tous les professionnels de la structure ont accès à la pharmacie. La réserve à pharmacie (médicaments) est fermée par une clé qui, si est cachée sur la paillasse, est</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			<p>connu de l'ensemble des professionnels travaillant au sein de la structure, personnels non soignants inclus.</p> <p><i>Ecart 67 : Le libre accès aux locaux techniques, tels que l'infirmierie à des personnes extérieures, contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF.</i></p> <p><i>Ecart 68 : Le stockage des substances vénéneuses, accessible à des personnes extérieures au personnel de soins, n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 5132-26 du CSP.</i></p> <p><i>Ecart 69 : Conformément à l'article R.5132-80 du CSP, les substances ou préparations classées comme stupéfiants doivent être détenues dans un coffre ou une armoire, exclusivement dédiés et sécurisés.</i></p>
	Les matériels de pesée (chaises, plateforme de pesée, peson...) sont-ils vérifiés régulièrement ?	Non	<p>Selon l'infirmière la toise de mesure est fixée au mur et conforme. Cependant, les instruments de pesée ne sont pas vérifiés.</p> <p><i>Ecart 70 : En ne faisant pas vérifier les matériels de pesée régulièrement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L5212-1 du CSP et ne permet pas de garantir que la fiabilité des examens médicaux réalisés au sein de la structure.</i></p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.5. <u>La prise en charge en rééducation</u></b></p> <p>La structure dispose-t-elle de locaux pour les rééducations individuelles et les activités de groupe ?</p>	Oui	<p>Une salle de psychomotricité existe au sein de la structure. Elle est utilisée par 2 psychomotriciennes.</p> <p>Une orthophoniste dispose de son propre bureau.</p>
3.8 Champ thérapeutique	<p><b>3.10.6. <u>Les prescriptions de rééducation</u></b></p> <p>Les actes de rééducation sont-ils systématiquement prescrits par un médecin ?</p>	Non	<p>Selon les informations recueillies par la mission, en l'absence de médecin, et compte tenu du fait que le temps de rééducateur est inférieur aux besoins, certains enfants sont suivis à l'extérieur. Pour certains des enfants, leur suivi s'inscrit dans le cadre d'un suivi qu'ils avaient avant de venir à l'IME mais sans contrôle régulier d'un médecin de la structure.</p> <p>En l'absence de médecin, il n'y a pas de vérification systématique de la prescription.</p> <p><i>Ecart 71 : En ne s'assurant pas que les actes de rééducations réalisés au sein de l'établissement sont systématiquement prescrits par un médecin de la structure, l'établissement contrevient aux dispositions des article L4321-1 du CSP et D312-13 du CASF.</i></p>
	<p><b>3.10.7. <u>Le dossier de liaison d'urgence (DLU)</u></b></p> <p>Y-a-t-il un DLU pour chaque jeune ?</p> <p>Quelle est la procédure de leur actualisation ?</p>	Non	<p>L'infirmière a mis en place une fiche récapitulative synthétique contenant l'identité de l'utilisateur, ses traitements et pathologies, ainsi que les contacts de ses parents. Cependant cette fiche ne peut s'apparenter à un DLU au sens entendu par l'HAS.</p> <p>Il n'existe aucune procédure relative à leur actualisation. Une des fiches consultées n'est notamment pas à jour car elle mentionne l'ancienne infirmière de la structure.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
			<i>Ecart 72 : En ne disposant pas d'un DLU à jour [et facilement accessible] pour l'ensemble des usagers, l'établissement ne permet pas une transmission efficace des informations nécessaires dans la continuité des soins en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L1110-1 du CSP.</i>
	Où sont-ils stockés ?		Les fiches se trouvent dans un classeur « Fiche urgence individuelles par enfant avec traitement à emporter si nécessaire » situé sur la paillasse de l'infirmier. Elles sont accessibles par tous les professionnels de la structure, même les non soignants.
	Sont-ils accessibles par les soignants 24h/24 ?	Oui	
3.8 Champ thérapeutique	<b>3.10.8. <u>Le registre de l'état sanitaire</u></b> Un registre sanitaire est-il tenu à jour pour les accidents ou incidents survenus et les hospitalisations ?	Partiellement	Il existe un cahier se trouvant sur la paillasse qui a vocation à contenir tout ce qui se passe à l'infirmier (bobologie, soins, etc...). Quand cela devient plus complexe, tout est mis dans le dossier de chaque enfant de manière exhaustive. Mais cela n'est pas mis dans le cahier. <i>Ecart 73 : En ne disposant pas d'un registre sanitaire tenu à jour pour l'ensemble des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF</i>
3.8 Champ thérapeutique	<b>3.10.9. <u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u></b> Le défibrillateur automatisé externe est-il : - Présent au sein de la structure ?	Non	Un DAE se trouve à la garde de Versailles-rive-droite, un autre à la poste de Versailles rive-droite, et un dernier au commissariat qui est à voisin de l'IME. Cependant la mission constate que le commissariat est accessible que par un interphone car entouré de barrières. Par ailleurs pour sortir de l'IME il est nécessaire d'avoir sur soi un bip que l'ensemble des professionnels n'ont pas sur eux en permanence. En conséquence, compte tenu du temps pour se rendre à la gare, et de l'impossibilité d'avoir accès à toute heure au DAE du commissariat, il ne peut être considéré comme accessible à tous dans des délais raisonnables.
	- En état de fonctionnement ? (Voyant vert ou sablier clignote)	Non investigué	
	- Accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires, claire et visible ?	Non investigué	
	- Accessible par tous ?	Non	<i>Ecart 74 : En ne disposant pas d'un défibrillateur automatisé externe accessible, l'établissement ne permet pas de garantir la sécurité des usagers, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.</i>
	<b>3.10.10. <u>La trousse d'urgence</u></b> La trousse d'urgence principale est-elle :		En l'absence de médecin, l'établissement indique qu'il n'est pas possible d'avoir une trousse d'urgence au sein de la structure.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<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 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> <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>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p>	<p><i>Ecart 75 : En ne disposant pas d'une trousse d'urgence principale, l'établissement ne permet pas de garantir la sécurité des usagers, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.</i></p> <p>Il existe une trousse de premiers secours, vérifiée par l'IDE. Cette trousse se situe dans un des tiroirs du bas de la paillasse de l'infirmier. Ce tiroir n'est pas fermé à clé et est accessible par l'ensemble des professionnels de la structure (soignants et non soignants).</p>
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p><b>3.10.11. <u>Matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration</u></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> <li>- Qui se charge de la gestion du remplissage des obus ?</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p> <p>Non investigué</p>	<p><i>Ecart 76 : En ne disposant pas de matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration, l'établissement ne permet pas de garantir la sécurité des usagers, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.</i></p> <p><i>Ecart 77 : En ne formant pas ses professionnels de soins à l'oxygénothérapie et à l'aspiration, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-74 du CASF.</i></p>
	<p><b>3.10.12. <u>Les procédures et protocoles de soins</u></b></p> <p>Y-a-t-il des protocoles ou procédures de soins ?</p> <p><a href="#">« L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » - Juillet 2013 (page 70), Guide du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie, HAS-décembre 2023</a><a href="#">Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux »-2017 Guide</a></p>	<p>Non</p>	<p>Aucune procédure ou protocole de soins n'a été transmis à la mission.</p> <p><i>Remarque 34 : En ne possédant pas de protocoles ou de procédure de soins, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations et Constats
	<p><u>d'amélioration des pratiques professionnelles-Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap-juillet 2017</u></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> <li>- D'épisode douloureux ?</li> </ul> <p>Les professionnels connaissent-ils ces procédures et protocoles ?</p> <p>Les professionnels savent-ils où ils sont mis à disposition ?</p> <p><b>3.10.13. <u>Prise en charge des usagers atteints de troubles de spectre de l'autisme (TSA) et troubles du neuro-développement (TND)</u></b></p> <p>Les habitudes de vie et les éléments déclencheurs de comportements défis sont-ils recensés dans des fiches individuelles ?</p> <p>Ces fiches sont-elles intégrées dans le PAI ?</p> <p>Les méthodes de prise en charge des TSA et TND respectent-elles les recommandations de la HAS ?</p>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Partiellement</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non investigué</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>Partiellement</p>	<p><i>Ecart 78 : En ne disposant pas d'une procédure de gestion des urgences, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.</i></p> <p>Bien qu'il n'existe pas de procédure en cas de crise d'épilepsie, l'infirmière a rédigé des instructions à destination des professionnels de santé</p> <p>Un recensement a été réalisé sur chaque groupe, sur les fiches de chaque enfants avec des éléments dépistables par tout un chacun. Ces fiches sont intégrées au PAI de l'enfant et sont réévaluées régulièrement.</p>

## 4. Relations avec l'extérieur

### 4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	<p><b>4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u></b></p> <p>La structure est-elle proche de moyens de transport ?</p> <p>L'environnement extérieur de la structure est-il sécurisant ? (Environnement à risque)</p>	Oui Oui	
4.1. Environnement	<p><b>4.1.2. <u>L'insertion de la structure dans la population locale</u></b></p> <p>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 ?</p>	Oui	L'établissement met en place des actions pour faciliter l'insertion de la structure dans la population locale telles que se rendre au marché, échange avec les commerçants, etc...

### 4.2. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	<p><b>4.2.1. <u>Les conventions et partenariats</u></b></p> <p>La structure a-t-elle passé des conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ou des établissements de santé ayant : <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> </ul> </li> <li>- Un ou des centres d'action médico-sociale précoce ;</li> <li>- Un ou des centres médico-psychopédagogiques ;</li> </ul>	Non Non Non Non Non	<p><i>Ecart 79 : 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.</i></p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Conformité	Observations ou commentaires
	- Un ou des centres de ressources ;	Non	<p><i>Ecart 80 : En ne disposant pas d'une convention passée avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-23 du CASF.</i></p> <p><i>Remarque 35 : En ne disposant d'aucune convention, l'établissement ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS en matière d'accompagnement à la santé de la personne handicapé. aux dispositions de l'article D312-23 du CASF.</i></p> <p><i>Remarque 36 : En ne formalisant pas les partenariats avec les professionnels libéraux au moyen de convention permettant de fixer les modalités de prise en charge des usagers et d'intervention des professionnels, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.</i></p> <p><i>Ecart 81 : En ne disposant pas d'une convention formalisée avec une officine de pharmacie, en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L5126-10 II du CSP.</i></p>
	- D'autres établissements ou services d'éducation adaptée ;	Non	
	La structure a-t-elle passé des conventions avec :		
	- Un oto-rhino-laryngologiste	Non	
	- Un dentiste ou un stomatologiste	Non	
	La structure a-t-elle passé des conventions avec :		
	- Un laboratoire d'analyse médicale	Non	
	- Un centre de radiologie	Non	
	La structure a-t-elle signé des conventions avec les professionnels libéraux ?	Non	
	Une convention a-t-elle été signée entre la structure et une officine en pharmacie ?	Non	
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 ?	Non		
- La commande de médicaments en urgence ?	Non		
- La gestion des stupéfiants (prescription, livraison, traçabilité et contrôle du stock) ?	Non		
- La vérification des médicaments stockés dans la structure sous la responsabilité du pharmacien sur site ?	Non		
- La dotation en médicaments pour soins urgents fait-elle l'objet d'une liste formalisée ?	Non		
- Les modalités de retour et d'élimination des médicaments ?	Non		
L'institut est-il ouvert à et sur son environnement (d'autres ESSMS, ...)	Non		
L'institut a-t-il des conventions avec des acteurs de droit commun (culturels et sportifs, CCAS, services de l'emploi, entreprise, etc.) ?	non investigué		

## 5. Récapitulatif des écarts et des remarques

### 5.1. Écarts

- Ecart 1 : En n'informant pas les autorités compétentes (ARS et SDIS) des changements relatifs aux locaux, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L313-1 et s'expose aux sanctions prévues à l'article L313-1 du CASF.
- Ecart 2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
- Ecart 3 : 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.
- Ecart 4 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant 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, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.
- Ecart 5 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.
- Ecart 6 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les modalités de rétablissement des prestations dispensées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.
- Ecart 7 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les dispositions relatives aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-36 du CASF.
- Ecart 8 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant les prescriptions d'hygiène de vie, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-37 du CASF.
- Ecart 9 : 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.
- Ecart 10 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement déterminant es dispositions sur les vacances et visites et retours en famille, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-38 du CASF.
- Ecart 11 : En ne disposant pas de plan bleu, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 CASF.
- Ecart 12 : En n'ayant pas transmis aux autorités compétentes le document unique de délégation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-176-5 du CASF.
- Ecart 13 : En ne disposant pas d'une astreinte de direction, l'établissement ne répond pas aux dispositions de de l'arrêté du 24 avril 2002.
- Ecart 14 : En ne disposant pas d'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie au sein de l'établissement, ce dernier contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.
- Ecart 15 : En ne transmettant pas l'ensemble des comptes-rendus du CVS, l'établissement ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il respecte les dispositions de l'article D311-16 du CASF.

- Ecart 16 : En ne signant pas les comptes-rendus par le président du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.
- Ecart 17 : En ne permettant pas la consultation, sur place, des relevés de décisions, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-32-1 du CASF.
- Ecart 18 : En ne réalisant pas un PV d'élection conforme, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-10 et D311-13 du CASF.
- Ecart 19 : En ne comprenant pas les bénévoles et un membre de l'organisme gestionnaire dans la composition du conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-5 du CASF.
- Ecart 20 : En ne mettant pas en œuvre une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, la direction contrevient aux dispositions de l'article D311-38-3 du CASF.
- Ecart 21 : En ne formant pas les professionnels à la thématique de la prévention de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, la direction contrevient aux dispositions de l'article D311-38-3 du CASF.
- Ecart 22 : En ne mettant pas en place une organisation permettant aux usagers et à leurs familles d'être associés à la conception et à la mise en place de leur PIA, l'établissement contrevient à l'alinéa 3 de l'article L311-3 du CASF garantissant l'exercice des droits et des libertés individuelles des usagers.
- Ecart 23 : En ne disposant pas de procédure de gestion des comportements problématiques, la direction ne garantit pas la qualité et la prise en charge des usagers, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 24 : En n'informant pas les personnels de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L313-24 du CASF.
- Ecart 25 : En ne se dotant d'une procédure de traitement, de suivi et d'analyse des événements indésirables précisant la définition que chaque type d'événements, l'établissement contrevient aux dispositions L311-3 du CASF.
- Ecart 26 : En ne déclarant pas l'ensemble des événements indésirables graves aux autorités de contrôle, la direction contrevient aux dispositions de l'articles L331-8-1 du CASF.
- Ecart 27 : En ne disposant pas d'un psychiatre et d'un pédiatre/médecin généraliste, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-21 du CASF.
- Ecart 28 : En l'absence de contrôle de l'inscription à l'ordre des infirmiers des professionnels concernés, la direction entretient l'exercice illégal de l'infirmier, ce qui contrevient à l'article L4311-15 CSP.
- Ecart 29 : En ne disposant pas systématiquement d'une fiche d'aptitude de la médecine du travail pour chacun de ses salariés, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-34 du CASF.
- Ecart 30 : En ne s'assurant pas de la vérification systématique du bulletin du casier judiciaire de chaque personnel employé au sein de l'IME, l'établissement contrevient aux dispositions du décret 2019-981 du 29 avril 2019 sur les professions réglementées nécessitant la consultation du casier judiciaire pour protéger la sécurité des personnes et des biens, et risque de contrevenir à l'article L133-6 CASF.
- Ecart 31 : En n'organisant une continuité des soins et en ne se donnant pas des moyens de la vérifier par l'élaboration de plannings prévisionnels prévoyant aux différents instants de la journée les catégories de professionnels diplômés requis, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-1 du CSP et L311-3 du CASF.

- Ecart 32 : En ne disposant pas de registre des entrées et des sorties des usagers, signé par le maire, l'établissement contrevient aux articles L331-2 CASF et R331-5 du CASF.
- Ecart 33 : En ne disposant pas de registre des présences quotidiennes tenu à jour, l'établissement contrevient à l'article D312-40 du CASF.
- Ecart 34 : En n'intégrant pas dans les dossiers des usagers l'ensemble des documents légaux qui concernent l'utilisateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-37 du CASF.
- Ecart 35 : En ne réalisant pas des comptes rendus mis à disposition dans le dossier de l'utilisateur afin d'avoir une vision générale de l'accompagnement, l'établissement contrevient à l'article 311-3 du CASF.
- Ecart 36 : En ne disposant pas de locaux conformes aux normes PMR, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-32 du CASF.
- Ecart 37 : En ne disposant pas de locaux permettant la formation professionnelle des usagers alors que la structure accueille des usagers concernés par cette thématique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D3112-27 du CASF.
- Ecart 38 : En ne sécurisant pas l'accès des objets (type mixeur) et des ustensiles (type couteaux) dangereux dans la cuisine, l'établissement n'assure pas la sécurité des enfants tel que demandé à l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 39 : En ne maintenant pas la propreté des locaux, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-32 du CASF.
- Ecart 40 : En ne disposant pas d'une douche pour 6 usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-31 du CASF.
- Ecart 41 : En ne disposant pas d'un WC pour 4 usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-73 du CASF.
- Ecart 42 : En ne disposant pas d'un local DASRI, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'arrêté du 7 septembre 1999.
- Ecart 43 : En ne transmettant pas le PV de la commission de sécurité, l'établissement ne permet pas à la mission de s'assurer de la conformité de la structure.
- Ecart 44 : 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 R146-36 et D312-35 / D312-82 / D312-97 du CASF.
- Ecart 45 : En ne remettant pas le livret d'accueil à chaque résident à leur entrée dans l'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.
- Ecart 46 : L'absence de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie en annexe du livret d'accueil contrevient aux dispositions de l'article L311-4 a) du CASF.
- Ecart 47 : L'absence du règlement de fonctionnement en annexe du livret d'accueil contrevient aux dispositions de l'article L311-4 b) du CASF.
- Ecart 48 : En n'assurant pas un accompagnement à l'insertion sociale et professionnel pendant les trois ans suivants la sortie de la personne accompagnée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-18 du CASF.
- Ecart 49 : En ne faisant pas parvenir aux familles des informations sur l'évolution de l'utilisateur tous les semestres, l'établissement contrevient à l'article D312-14 du CASF.
- Ecart 50 : En ne prévoyant pas la validation des projets personnalisés d'accompagnement en équipe pluridisciplinaire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-19 du CASF.
- Ecart 51 : En ne garantissant pas aux usagers la possibilité de recourir à une personne qualifiée, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-5 du CASF.

- Ecart 52 : En ne disposant pas d'un protocole détaillé et spécifique à la mise sous contention des résidents, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 53 : En ne réévaluant pas régulièrement les contentions, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF.
- Ecart 54 : En limitant la liberté d'aller et venir des résidents sans document formalisant les raisons et conditions de cette limitation, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-4-1 du CASF
- Ecart 55 : En ne formalisant pas d'une procédure de la gestion du linge, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-31 du CASF.
- Ecart 56 : En ne réalisant pas une commission des menus de façon régulière, l'établissement contrevient à l'article D312-22 du CASF.
- Ecart 57 : En ne prescrivant pas les régimes alimentaires et les textures modifiées par un médecin au sein de l'établissement, l'établissement contrevient à l'article 311-3 du CASF.
- Ecart 58 : En ne disposant pas d'un planning d'animation individualisé permettant la mise en œuvre d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins de la personne accompagnée, l'établissement n'est pas en mesure de satisfaire à l'article D312-15 du CASF.
- Ecart 59 : En ne mettant pas en œuvre des actions d'intégration scolaire en milieu ordinaire, adapté ou protégé, l'établissement contrevient à l'article L311-1 (4°) du CASF.
- Ecart 60 : En n'organisant pas la continuité des soins au sein de la structure, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 61 : En n'organisant pas d'astreinte et en l'absence de procédures formalisées pour garantir la continuité des soins au sein de la structure, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 62 : En n'assurant pas la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'alimentation des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-22 du CASF
- Ecart 63 : En ne réalisant pas au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-12 du CASF.
- Ecart 64 : En ne disposant pas d'un cabinet médical équipé, précédé d'une salle d'attente, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.
- Ecart 65 : En ne disposant pas d'une salle de soins distincte du cabinet médical, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.
- Ecart 66 : En ne disposant pas au sein de l'infirmerie de 2 ou 3 chambres individuelles, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.
- Ecart 67 : Le libre accès aux locaux techniques, tels que l'infirmerie à des personnes extérieures, contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF.
- Ecart 68 : Le stockage des substances vénéneuses, accessible à des personnes extérieures au personnel de soins, n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 5132-26 du CSP.
- Ecart 69 : Conformément à l'article R.5132-80 du CSP, les substances ou préparations classées comme stupéfiants doivent être détenues dans un coffre ou une armoire, exclusivement dédiés et sécurisés.

- Ecart 70 : En ne faisant pas vérifier les matériels de pesée régulièrement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L5212-1 du CSP et ne permet pas de garantir que la fiabilité des examens médicaux réalisés au sein de la structure.
- Ecart 71 : En ne s'assurant pas que les actes de rééducations réalisés au sein de l'établissement sont systématiquement prescrits par un médecin de la structure, l'établissement contrevient aux dispositions des article L4321-1 du CSP et D312-13 du CASF.
- Ecart 72 : En ne disposant pas d'un DLU à jour [et facilement accessible] pour l'ensemble des usagers, l'établissement ne permet pas une transmission efficace des informations nécessaires dans la continuité des soins en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L1110-1 du CSP.
- Ecart 73 : En ne disposant pas d'un registre sanitaire tenu à jour pour l'ensemble des usagers, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF
- Ecart 74 : En ne disposant pas d'un défibrillateur automatisé externe accessible, l'établissement ne permet pas de garantir la sécurité des usagers, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 75 : En ne disposant pas d'une trousse d'urgence principale, l'établissement ne permet pas de garantir la sécurité des usagers, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 76 : En ne disposant pas de matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration, l'établissement ne permet pas de garantir la sécurité des usagers, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 77 : En ne formant pas ses professionnels de soins à l'oxygénothérapie et à l'aspiration, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-74 du CASF.
- Ecart 78 : En ne disposant pas d'une procédure de gestion des urgences, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
- Ecart 79 : 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.
- Ecart 80 : En ne disposant pas d'une convention passée avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-23 du CASF.
- Ecart 81 : En ne disposant pas d'une convention formalisée avec une officine de pharmacie, en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L5126-10 II du CSP.

## 5.2. Remarques

- Remarque 1 : En ayant un taux d'occupation inférieur à 95% malgré les besoins existants au niveau du territoire, l'établissement ne permet pas de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des usagers dans le besoin.
- Remarque 2 : En n'accueillant des usagers en dehors des âges autorisés, l'établissement ne permet pas de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des usagers dans le besoin. Il est nécessaire pour l'établissement de travailler la sortie de l'utilisateur dès 16 ans.
- Remarque 3 : En n'affichant pas le règlement intérieur sur le panneau d'information principal et en ne l'affichant que dans un endroit peu fréquenté du public, l'établissement ne permet pas l'information de la personne accompagnée.
- Remarque 4 : En ne prévoyant pas dans le règlement de fonctionnement les modalités d'exclusion, l'établissement ne permet pas l'information de la personne accompagnée.

- Remarque 5 : En n'affichant pas l'organigramme, l'établissement ne permet pas l'information de la personne accompagnée.
- Remarque 6 : En ne disposant d'une fiche de poste propre à la fonction de directeur, l'établissement s'expose à un risque de mauvaise organisation et gestion de la structure dû à une mauvaise compréhension de son rôle.
- Remarque 7 : L'organisation présentée, avec gestion de l'établissement par le directeur territorial dont le champ des missions semble déjà extrêmement dense, ne permet pas de garantir une continuité de la gestion de l'établissement satisfaisante en l'absence du directeur.
- Remarque 8 : L'organisation de la diffusion et du suivi des compte-rendu de réunions ne permet pas de garantir la bonne transmission des informations à l'ensemble des personnes concernées ainsi qu'un réel suivi des actions à mener.
- Remarque 9 : Compte tenu des problématiques rencontrés au sein de l'équipe, la direction de l'établissement pourrait engager des temps d'échanges, d'analyse et le cas échéant de formation, par petits groupes pluriprofessionnels impliquant membres de la direction, cadres et agents, afin de permettre une prise de conscience globale des problématiques rencontrées (violences, distance professionnelle) ainsi que le positionnement et le rôle de chacun au sein de l'établissement.
- Remarque 10 : En organisant l'affichage des documents devant être portés à la connaissance du public dans plusieurs lieux non passant et dans lesquels les usagers ne se rendent pas, l'établissement ne permet pas de garantir la diffusion de ces informations auprès des usagers.
- Remarque 11 : En plaçant l'affichage d'information destiné aux usagers et notamment aux enfants dans un endroits où ces derniers se rendent peu ou pas du tout, l'établissement ne permet pas de garantir la bonne information des usagers vis-à-vis de leurs droits.
- Remarque 12 : Il est conseillé que les comptes-rendus indiquent le patronyme et la fonction de la personne qui les rédige.
- Remarque 13 : En ne communiquant pas les trois comptes rendus des réunions de CVS, la mission ne peut apprécier l'information des EI et des dysfonctionnements lors des rassemblements.
- Remarque 14 : Dans un souci d'amélioration de la qualité, l'établissement ayant déjà identifié plusieurs actions à mener dans le cadre de son PACQ, l'établissement devrait mettre en place un COPIL de suivi du PACQ régulier pour permettre d'avancer sur les actions prioritaires.
- Remarque 15 : En ne formalisant pas le sujet de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, notamment par une charte de bientraitance spécifique à l'établissement, l'établissement n'est pas en conformité avec les recommandations de l'ANESM et de la HAS.
- Remarque 16 : En n'ayant pas réalisé une analyse des risques de maltraitance liés à la population accueillie, l'établissement ne permet pas la prévention de ces risques.
- Remarque 17 : En n'organisant pas des temps d'analyse de pratiques, l'établissement ne permet pas l'amélioration continue des prises en charge.
- Remarque 18 : En ne se dotant pas d'une procédure formalisée et détaillée relative à la déclaration des situations de maltraitements (dont violences et harcèlement) l'établissement prend le risque de méconnaître la réglementation, et de ne pas garantir les droits et la sécurité de l'utilisateur accueilli
- Remarque 19 : En ne réalisant pas le traitement et l'analyse des réclamations, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS.
- Remarque 20 : En ne réalisant pas une réelle analyse des EI et EIG, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS.
- Remarque 21 : En ne dotant pas de documents permettant d'analyser le taux d'absentéisme des professionnels de l'établissement, le gestionnaire ne se donne pas les moyens de s'assurer de l'accompagnement nécessaire à la prise en charge des usagers, et ainsi de garantir la sécurité des usagers.
- Remarque 22 : En ne formalisant pas de façon précise les missions et responsabilités de chaque professionnel, notamment par des fiches de poste, 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.

- Remarque 23 : En ne formalisant pas les entretiens professionnels prévus par l'article L6315-1 du Code du travail, l'établissement ne se met pas en capacité de suivre l'évolution de ses professionnels.
- Remarque 24 : En ne se dotant pas d'une procédure d'accueil des nouveaux arrivants conformes aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, l'établissement n'assure pas un accueil de qualité et identique à l'ensemble des professionnels et n'implémente pas une organisation bientraitante.
- Remarque 25 : En ne dotant pas d'outils de planification des personnels, que ce soit sur les équipes de soins, et les équipes éducatives et pédagogiques, le gestionnaire ne se donne pas les moyens de s'assurer de l'accompagnement nécessaire à la prise en charge des usagers, et ainsi de garantir la sécurité des usagers.
- Remarque 26 : En utilisant la buanderie comme sas d'entrée pour la cuisine thérapeutique, l'établissement ne garantit pas le circuit sale-propre, et peut porter atteinte à la sécurité des enfants.
- Remarque 27 : En adéquation avec les bonnes pratiques de l'HAS, il est important de proposer systématiquement un stage d'observation avant validation définitive de l'admission.
- Remarque 28 : En n'anticipant pas la sortie de l'usager dans des délais compatibles avec la réalité administrative, l'établissement ne permet pas de garantir une sortie de l'usager dans un contexte serein.
- Remarque 29 : En ne disposant pas d'une procédure actualisée d'élaboration et de suivi des projets personnalisés d'accompagnement, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'HAS
- Remarque 30 : En ne faisant pas de la contention l'objet d'une prescription systématique, l'établissement ne respecte pas les recommandations de l'HAS « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité ».
- Remarque 31 : En ne formalisant pas une procédure permettant de garantir le respect systématique de la dignité et de l'intimité des personnes accompagnées, l'établissement ne se met pas en situation de garantir le respect des dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.
- Remarque 32 : En ne formalisant pas une procédure permettant de garantir le respect systématique de la vie affective des usagers, l'établissement ne se met pas en situation de garantir le respect des dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.
- Remarque 33 : En ne mettant pas en place des rencontres régulières avec les chauffeurs afin de faire un bilan des prises en charge, l'établissement n'assure pas la bonne remontée des plaintes et des réclamations des usagers.
- Remarque 34 : En ne possédant pas de protocoles ou de procédure de soins, l'établissement, ne respecte pas les recommandations de la HAS.
- Remarque 35 : En ne disposant d'aucune convention, l'établissement ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS en matière d'accompagnement à la santé de la personne handicapé. aux dispositions de l'article D312-23 du CASF.
- Remarque 36 : En ne formalisant pas les partenariats avec les professionnels libéraux au moyen de convention permettant de fixer les modalités de prise en charge des usagers et d'intervention des professionnels, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

## 6. Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'IME Le Rondo, géré par la Croix Rouge Française a été réalisé le 2 juin 2025 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.


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


Thèmes et sous-Thèmes IGAS	Points fort	Points à améliorer
<b>1. Gouvernance</b>		
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	CPOM, autorisation	Le taux d'occupation, transformation de l'offre
1.2 Management et stratégie :		Projet d'établissement, règlement de fonctionnement, plan bleu, affichage réglementaires, astreintes de direction, DUD
1.3 Animation et fonctionnement des instances	Participation des usagers	Comptes-rendus, PV d'élection, composition
1.4 Gestion de la qualité	PAQC	Formalisation promotion bienveillance
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables		Gestion et suivi EI, EIG, EIGS, Formation EI
<b>2. Management et stratégie</b>		
2.1 Gestion des RH	Tenue des dossiers	Absence de médecin, absences de plannings, absences de procédures.
2.2 Gestion d'information	Registre personnel	Registre entrées et sorties, Registre présence quotidienne
2.3 Bâtiments et espaces extérieurs	Espaces extérieurs	Accessibilité PMR
2.4 Locaux et équipements		Propreté, Sécurisation, conformité
2.5 Sécurité	Prévention Fugue, Identitovigilance	PV sécurité incendie, DASRI
<b>3. Prises en charge</b>		
3.1 Organisation de la prise en charge	Pluridisciplinarité	Travail de la sortie, implication de l'utilisateur
3.2 Les projets d'accompagnement individualisés	Pluridisciplinarité	Formalisation suivi PAI, implication de l'utilisateur
3.3 Respect du droit des personnes		Affichages réglementaires, Formalisation liberté aller-venir
3.4 Vie sociale et relationnelle	Information et accompagnement vie relationnelle, Sorties, activité,	Formalisation des procédures
3.5 Vie quotidienne		EI transports non suivis
3.6 Hébergement		Formalisation procédures
3.7 Alimentation	Prise en compte des souhaits, travail sur amélioration repas	Absence prescription régimes
3.8 Champ de l'éducation : : L'accompagnement éducatif	Activités adaptées à chacun	Planning d'animation individualisé
3.9 Champ de l'éducation : la scolarisation	Convention EN, coordonateur	Intégration milieu ordinaire
3.10 Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	IDE	Continuité des soins, absence médecin, locaux inadaptés, absence protocoles/procédures, DLU, Stockage et sécurité des médicaments

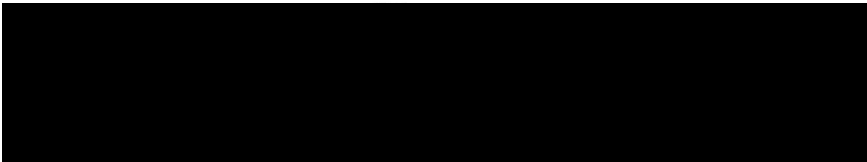
4. Relations avec l'extérieur		
4.1 Environnement	Facilitation à l'insertion	
4.2 Coordination avec les autres secteurs		Absence de conventions

Le fonctionnement et l'organisation de l'établissement présente de nombreux écarts à la réglementation, notamment en ce qui concerne la partie soins et la rédaction de documents indispensables, et 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. Un soutien de l'organisme gestionnaire est indispensable pour avancer dans ce sens.

Versailles, le 19 septembre 2025

  
Inspectrice de l'Action sanitaire et  
sociale

  
Inspectrice de l'Action sanitaire et  
sociale



## 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>PUI</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



Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS  
Des Yvelines

[REDACTED]  
inspectrice de l'action sanitaire et sociale,  
délégation départementale des Yvelines

[REDACTED]  
inspectrice de l'action sanitaire et sociale,  
délégation départementale des Yvelines

[REDACTED]  
Références : 2025\_IDF\_00153

Versailles, le 02/06/2025

Objet : Lettre de mission d'inspection – IME Le Rondo

Mesdames,

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

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

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

L'EMS IME le Rondo situé à Versailles (N°FINESS géographique 780690210) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

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

- Prévention et lutte contre les maltraitances
  - o Respect des droits des personnes
  - o Vie sociale et relationnel
- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue
- Gouvernance
  - o Management et Stratégie

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

- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- La gestion des ressources humaines
- Fonction support
  - Gestion d'information
  - Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
  - Sécurités
- L'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées
  - Projet individualisé d'accompagnement
  - Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
  - Vie quotidienne – Hébergement
  - Soins
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND))
- Relations avec l'extérieur
  - Environnements
  - Coordination avec les autres secteurs
- S'agissant des dispositifs intégrés et plateformes de services (cf. DAME, DIME et DITEP) (de manière alternative ou complémentaire des précédents thèmes mentionnés) :
  - Modalités d'accompagnement des transformations auprès des équipes par les organismes gestionnaires et les directions des EMS
  - Conséquences et impacts des transformations sur les organisations internes des établissements et services
  - Logiques de parcours individualisés mises en œuvre au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées
  - Coopération entre les acteurs / intégration des dispositifs au sein de leur territoire d'implantation.

La mission est également chargée de recueillir :

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

Vous demanderez à l'établissement de transmettre ces informations à l'adresse : [REDACTED]

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

La mission débutera à compter du 8h30 à 20 heures et sera assurée par :

- Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale<sup>1</sup>, Inspection régionale autonomie santé, délégation départementale des Yvelines, coordonnatrice de la mission
- Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale<sup>2</sup>, délégation départementale des Yvelines

Qui seront accompagnées de :

- Madame [REDACTED] désignée personne qualifiée<sup>1</sup>
- Madame [REDACTED] Stagiaire

<sup>1</sup> Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP),  
<sup>2</sup> Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP).

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures<sup>3</sup>

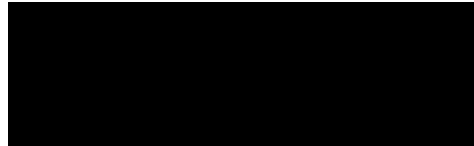
Les dispositions de l'article L.1421-3 du Code de santé publique (CSP)<sup>4</sup> s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de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

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

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

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

P/ Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France  
Le Directeur de la Délégation Départementale  
des Yvelines



Simon KIEFFER

<sup>3</sup> Art. L.1421-2 du CSP

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

## Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés

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

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

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

N°	Document à consulter	Accès aux documents O/N	Impression O/N	Enregistrement numérique sur place O/N
9	Dossiers administratifs des enfants/jeunes dont contrat de séjour	OUI	NC	PARTIEL
10	PVI ou PAI des jeunes	OUI	OUI	PARTIEL
11	Dossiers RH des salariés CDI, CDD/vacataires employés en juin 2025	OUI	NC	PARTIEL
12	Liste nominative des personnels employés via des sociétés d'intérim pour les mois de avril à juin 2025	OUI	OUI	
13	Registre légal des entrées et des sorties	NON		
14	Registre/fichier de recueil à partir du 01/01/2023 : a) des réclamations et des doléances des usagers et des familles b) des événements indésirables	OUI	OUI	OUI
15	Dossiers de soins des jeunes	NC	NC	NC
16	Dossiers de transmission soignante	NC	NC	NC
17	Cahier de transmission de l'équipe soignante pour avril à juin 2025	NC	NC	NC
18	Cahiers de liaison avec les médecins traitants	NC	NC	NC
19	Fiche de traçabilité du contrôle des piluliers, chariot d'urgence, stock tampon, réfrigérateur	NC	NC	NC
20	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins	NC	NC	NC
21	Liste nominative des jeunes diabétiques, épileptiques, sous traitement neuroleptique, et/ou avec prescription de contention	NC	NC	NC

**C) Documents à remettre sur place en fin de journée en format numérique si possible**

N°	Nature du document demandé	Remis Papier O/N	Remis Numérique O/N	Transmis post LD O/N
22	Liste de tous les protocoles et procédures de soins	NON		NON
23	Liste nominative des jeunes avec régime et type de régime	NC		
24	Fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES et ASH de jour et de nuit	N'existent pas au sein de la structure		
25	Relevé des présences médicales (psychiatre (s), médecin généraliste) de janvier 2024 à ce jour	Pas de médecin au sein de la structure		

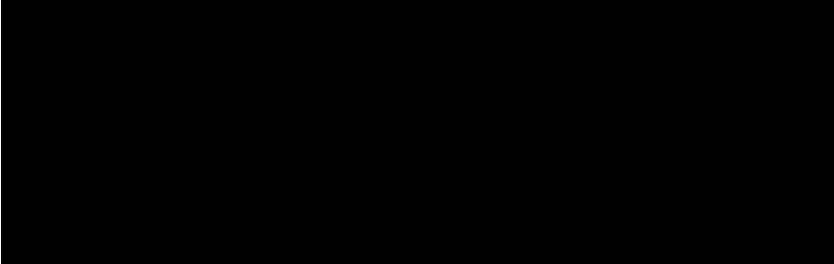
**D) Documents à transmettre après la visite :**

N°	Nature du document demandé	Document transmis O/N	Remarques
26	Composition du conseil d'administration	OUI	CA de l'association nationale La croix rouge
27	Comptes rendus du comité social et économique (CSE) 2023-2025	OUI	
28	Projet associatif	OUI	Engagement associatif 2030 de la CRF
29	Organigramme général de l'association	NON	
30	Qualification et diplôme du directeur	OUI	
31	Document unique de délégation du directeur	OUI	RAS
32	Fiche de poste ou de mission du directeur	OUI	Ni datée ni signée
33	Documents subdélégations du directeur aux cadres/salariés	NON	Croix rouge interdit la subdélégation
34	Modalités d'organisation de la permanence de la fonction de direction en cas d'absence du directeur (procédures, calendrier/tableau des astreintes de direction de juillet à octobre 2024)	NON	
35	Projet d'établissement en vigueur	NON	PE transmis date de 2010-2014
36	Règlement de fonctionnement	OUI	Date de 2010
37	Comptes rendus des réunions d'équipe de direction depuis janvier 2025	NON	
38	Compte-rendu des réunions de coordination et revues de dossiers individuels des jeunes depuis janvier 2025	NON	Simple feuilles de présences depuis mars 2025
39	Registre unique du personnel -Tableau des personnels salariés : nom, âge ou DDN, date du recrutement et de sortie, nature des contrats de travail et fonctions exercées, ETP ( <b>en format Excel</b> )	OUI	Pas les ETP
40	Le tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	NON	
41	Copie du livre de paie avril à juin 2025	OUI	Mai et avril
42	Copie des diplômes des personnels figurant à l'effectif et/ou au planning soins pour le mois d'octobre (y compris vacataires en CDD court)	PARTIEL	Manque des diplômes

43	Plans de formation 2025 et liste des formations effectivement réalisées en 2024 avec documents probants (réalisation, liste d'émargement ou de présence)	OUI	Partiel
44	Pour les salariés : contrats de travail des médecins, de la cadre IDE, des IDE, psychologue, neuropsychologue, ergothérapeute	OUI	
45	Pour les soignants libéraux : contrats d'exercice libéral des kinésithérapeutes	OUI	
46	Rapport d'évaluation externe	OUI	Nouvelle évaluation
47	Rapport d'évaluation interne		
48	Plan d'amélioration de la qualité (format Excel)	OUI	
49	Protocole de signalement interne des événements indésirables à l'attention des salariés	OUI	2023
50	Protocole de déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables graves aux autorités administratives	NON	Affiche ARS
51	Résultat de la dernière enquête de satisfaction	OUI	2023
52	Convention avec la ou les pharmacie(s) d'officine livrant les médicaments	NON	
53	Livret d'accueil des usagers, trame vierge du contrat de séjour	OUI	2025
54	Procédure d'admission des usagers	OUI	2025
55	Procédure de sortie des usagers	NON	
56	Procédure d'élaboration du projet d'accompagnement individualisé	OUI	2023
57	Trame vierge des projets accompagnement individualisé	OUI	2023
58	Calendrier 2024 et 2025 d'actualisation des projets accompagnement individualisé	OUI	
59	Liste des activités proposées avec la fiche d'activité présentant les objectifs socio-éducatifs visés et plannings	OUI	
60	Comptes rendus des CVS 2024 à ce jour	OUI	Que 2025
61	Le règlement intérieur du Conseil de la vie sociale (CVS)	OUI	
62	La liste nominative des membres du CVS comportant leur collège et leur qualité (exemple : Madame [PRENOM-NOM], représentant des [collège représenté] ou présidente du CVS)	OUI	
63	PV d'élection des membres du CVS	NON	
64	Liste exhaustive des protocoles de soins dont ceux relatifs au circuit du médicament	OUI	
65	Procédure relative au traitement de la douleur	NON	
66	Procédure relative au suivi diététique et nutritionnel des usagers	NON	
67	PV et CR de la commission des menus	NON	
68	Liste anonymisée des régimes et des textures	OUI	
69	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	NON	Fiches de postes simples
70	La fiche de poste, jour et nuit, par horaire du personnel éducatif	NON	Fiches de postes simples

71	La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée des personnels soignants et accompagnants non éducatifs (IDE, AS, AES, agents de soins et personnels de nuit)	NON	
72	Procédure d'accueil des nouveaux salariés (livret du niveau salarié)	OUI	Seulement n projet non validé et non daté
73	Conventions entre l'IME et structures extérieures au titre de la continuité des soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements de santé -</li> <li>- Services ou secteurs de psychiatrie</li> <li>- Réseaux</li> <li>- Centres de référence</li> <li>- DASRI</li> <li>- Laboratoire Biologie</li> <li>- Maintenance DAE</li> <li>- Restauration (le cas échéant)</li> </ul>	NON	UNIQUEMENT DASRI
74	DUERP	OUI	
75	PV de la commission de sécurité	NON	
76	La liste nominative exhaustive de l'ensemble des personnels (salariés de l'établissement et intérimaires) et personnes bénévoles qui sont intervenues dans l'établissement dans les 30 jours glissants précédant et incluant le jour la visite sur site. Pour chacune de ces personnes, toutes les informations suivantes : nom, prénom, sexe, date de naissance, ville de naissance (+ numéro de département), pays de naissance, statut.	OUI	

**Annexe 3** Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue



—  
—  
—  
—  
—  
—  
—



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

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