

Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Délégation départementale du Val d'Oise

ITEP LE CLOS LEVALLOIS
1 rue nationale
95 490 VAUREAL

N° FINESS 950690164

COMPTE-RENDU DE VISITE DE VERIFICATION
DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES NOTIFIEES
SUITE A L'INSPECTION DU 01 février 2024

N°2025 IDF 00013

Déplacement sur site le 6 mars 2025

Mission conduite par :

- Madame Florence LALLEMAND JASON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission d'inspection, IRAS ;
- Madame Anne-Sophie PELC, inspectrice désignée par le Directeur général de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, DD 95 ;
- Monsieur Jean-Léon CYUZUZO, désigné personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, IRAS.
- Madame Sabrina THIEUX, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, DD 95.

Textes de référence

- Article L313-13, III du Code de l'action sociale et des familles
- Article L331-3 du code de l'action sociale et des familles
- Article L1421-1 du Code de la santé publique
- Article L1421-3 du Code de la santé publique
- Article L1435-7 du Code de la santé publique

Sommaire

1	Rappel du contexte et des conclusions de la mission d'inspection	3
2	Vérification de la mise en œuvre des mesures	5
2.1	Injonctions.....	5
2.2	Prescriptions	23
3	Conclusion.....	29
3.1	Mesures pour lesquelles les actions correctrices ont été constatées	29
3.2	Mesures partiellement mises en oeuvre.....	30
3.3	Mesures non satisfaites dans l'attente de l'achèvement des mesures correctrices	31
4	Glossaire	32
5	Annexes	33
5.1	Annexe 1 : Lettre de mission	33
5.2	Annexe 2 : Liste de documents	36

1 Rappel du contexte et des conclusions de la mission d'inspection

Situé à Vauréal dans le Val-d'Oise (95490), l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) *Clos de Levallois*, géré par l'Association *Le Clos*, dispose d'une capacité totale de 107 places, dont 92 places en ITEP (internat / semi-internat) et 15 places en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) créées en 2010. Il accueille des enfants et adolescents âgés de 6 à 19 ans. Cet établissement fonctionne depuis 2019 en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (DITEP)¹.

Une première inspection inopinée a eu lieu le 20 octobre 2022, motivée par plusieurs signalements récurrents portant notamment sur des actes de maltraitance et de comportements violents de professionnels à l'encontre de jeunes accueillis dans l'établissement.

Les dysfonctionnements constatés tant sur la gouvernance que sur les recrutements et qualifications des personnels ainsi que sur la prise en charge des jeunes (défaut de formalisation des prises en charge, des projets d'accompagnements individualisés ; locaux d'hébergement et d'accueil à la limite de l'insalubrité) avaient conduit l'ARS à prononcer à titre définitif le 4 février 2023, après la phase contradictoire, une injonction, sept prescriptions et quatre recommandations.

Une nouvelle mission d'inspection a été décidée à la lueur de nouveaux signalements pour faits de maltraitance et de la réception en janvier 2024 du rapport d'expertise pour risque grave, réalisé à la demande du CSE ITEP *Le Clos Levallois* par un cabinet extérieur, dénonçant la gestion de l'association et le mécanisme de maltraitance institutionnelle à l'œuvre au sein de cet établissement. Ce rapport indique en conclusion des risques réels pour la santé et la sécurité des salariés avec des externalités négatives sur la prise en charge des jeunes et des risques avérés de maltraitance.

La mission d'inspection réalisée en inopinée le 1^{er} février 2024 a constaté le défaut de mise en œuvre des mesures correctrices demandées en février 2023 ainsi qu'une dégradation de la situation en lien avec un climat social délétère, dans un contexte d'instabilité de la direction depuis 2022 [REDACTED] [REDACTED] alors que l'établissement est face à des chantiers d'ampleur :

- Modernisation nécessaire des bâtiments (travaux de mise aux normes sécurité et accessibilité nécessaires après le passage de la commission de sécurité), et révision de l'organisation, mise en cohérence du bâti avec un projet de prise en charge ;
- Informatisation des méthodes de travail ;
- Définition d'un projet d'établissement (le projet est caduque depuis 2020).

Au regard des dysfonctionnements et du pilotage défaillant de l'établissement contribuant à dégrader fortement les conditions et les modalités de prise en charge des enfants et des adolescents accueillis, l'établissement s'est vu notifié quatorze injonctions, trois prescriptions et neuf recommandations à titre définitif, après la phase contradictoire, par courrier du 25 juin 2024, portant notamment sur :

- La Gouvernance et le défaut de pilotage ;
- Les fonctions supports, Ressources humaines, bâtiments, sécurité et système d'information ;
- L'organisation de la prise en charge socio-éducative et en soins des jeunes.

L'organisme gestionnaire, en vue de la levée des mesures, a procédé à trois envois itératifs de documents, respectivement [REDACTED] [REDACTED] Dans le même temps, il informait l'agence de sa démarche de rapprochement avec un autre organisme gestionnaire, [REDACTED] [REDACTED]

L'analyse des documents transmis révèle une mobilisation de l'organisme gestionnaire pour mettre en œuvre des mesures correctrices mais dévoile également des difficultés persistantes en matière de pilotage dans la mesure où l'équipe d'encadrement a été renouvelée quasiment dans son intégralité en moins d'un an (poste de directeur des ressources humaines, de responsable comptable, de chef des services généraux, de directeur adjoint) et un poste de chef de service (Maison sous la Butte, ITEP des petits) est actuellement vacant.

Par courrier du 17 février 2025, l'organisme gestionnaire informe l'agence d'un changement de gouvernance associative ([REDACTED] [REDACTED])

¹ article L. 312-7-1 du CASF.

████████████████████ et d'une volonté de refondation du fonctionnement associatif et de son articulation avec la direction générale du DITEP.

Plusieurs réponses nécessitent des investigations complémentaires sur site notamment en matière de renouvellement des équipes par des professionnels diplômés, de réalisation des travaux, de sécurisation de l'encadrement la nuit, de constitution des dossiers et des projets d'accompagnement personnalisés des jeunes accueillis, de sécurisation du circuit du médicament et d'enclenchement d'une démarche qualité.

Une nouvelle inspection ARS a été diligentée sur le fondement des articles L. 313-13-III et suivants du code de l'action sociale et des familles, avec pour objet une évaluation et une vérification des conditions de fonctionnement de l'établissement et de la qualité des prises en charges des résidents portant, notamment, sur l'effectivité et la pérennité des corrections apportées aux écarts précédemment constatés lors de l'inspection du 1^{er} février 2024.

Elle a été menée sur le mode inopiné, et réalisée le 6 mars 2025.

2 Vérification de la mise en œuvre des mesures

Les points contrôlés suivants font référence aux écarts constatés par la mission du 1^{er} février 2024 et aux décisions notifiées par la DG ARS IDF par courrier du 25 juin 2024.

2.1 Injonctions

Ecart constatés Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E1: La composition du CA n'est pas conforme aux statuts de l'association</p> <p>L'organisme gestionnaire n'a pas pris toute la mesure de l'audit qu'il avait pourtant commandité fin 2021 et confié au cabinet [REDACTED] sur le fonctionnement de l'institution. Il multiplie les demandes d'évaluation du fonctionnement de la structure alors que les nombreux rapports d'inspection et d'audits convergent sur les mêmes dysfonctionnements et états des lieux.</p> <p>La mission a également eu confirmation lors des différents entretiens qu'il n'existait pas d'outils de suivi et de contrôle de l'organisme gestionnaire sur l'activité de l'établissement. Les constats de l'audit du cabinet [REDACTED] sur la faiblesse des modalités de gouvernance associative sont donc toujours d'actualité.</p> <p>Les comptes rendus (CR) de CSE examinés par la mission, en particulier celui du [REDACTED] évoquant les validations des budgets par le CA, et celui du [REDACTED] évoquant les travaux d'investissement attestent d'interrogations des salariés sur le processus de validation associative des décisions concernant le fonctionnement de l'établissement et les locaux avec les priorités des travaux. Ce dernier point apparaît comme la raison du départ du directeur, en désaccord avec la politique de l'association.</p> <p>Par ailleurs, le projet associatif 2024-2029 mis à jour en janvier 2024 comporte une partie historique sur l'origine de l'association et se confond ensuite avec un projet d'établissement dans la mesure où l'association ne gère que l'ITEP organisé en dispositif ITEP avec le SESSAD.</p> <p>E2 :L'organisme gestionnaire méconnaît la réalité de fonctionnement de l'établissement qu'il gère, et ne joue pas son rôle de garant du bon fonctionnement de l'établissement alors même qu'il s'agit quasiment de son seul objet associatif. En cela, l'organisme gestionnaire n'est pas en capacité de répondre aux obligations définies à l'article L 313-1 du CASF².</p>	<p>Inj.1</p>	<p>Mettre en conformité la composition et le fonctionnement de l'organe délibérant de l'association afin de garantir la transparence sur les modalités de prises de décisions touchant au fonctionnement de l'établissement pour lequel l'association a obtenu l'autorisation, et informer l'ARS de tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du DITEP.</p> <p>Il est attendu la transmission des procès-verbaux de l'assemblée générale attestant des élections des membres du conseil d'administration et la liste actualisée de ses membres ainsi que la formalisation des missions des membres du bureau et les comptes rendus des séances du conseil d'administration relatifs à l'établissement.</p>	<p>Statuts associatifs Article L 313-1 du CASF Article L 313-4 du CASF</p>	<p>De nouveaux administrateurs vont intégrer le conseil d'administration lors de la prochaine assemblée générale prévue fin juin 2024. Nous avons sollicité un cabinet juridique pour un accompagnement à la réactualisation des Statuts et un accompagnement d'un intervenant extérieur pour repenser l'organisation de la gouvernance.</p> <p>Seront déclinés ensuite les modalités de mise au travail des Référents avec l'équipe de direction autour des thèmes : Statuts et Délégations, Participation des publics, Mécénat, Recherche de financement, Projets artistiques et culturelles, Base documentaires ressources.</p> <p>Les PV vous ont été transmis et déposés sur la plateforme le 9 février 2024.</p> <p>Nous vous les ré-adressons. L'établissement a transmis en éléments de preuve :</p> <ul style="list-style-type: none"> -10 comptes rendus de conseils d'administration qui couvrent la période [REDACTED] -4 CR d'AG datés respectivement [REDACTED] - la liste des membres du Conseil d'administration au 3 mai 2024 ; - un projet de convention non signé daté du 4 mai 2024 avec un sociologue formateur pour l'élaboration d'une stratégie de changement (Doc N°5) ; - la proposition d'intervention du cabinet [REDACTED] en date du 21 mai 2024 pour une refonte des statuts et délégation de pouvoirs sur un calendrier de 4 à 6 mois (doc 4). <p>L'organisme gestionnaire demande un délai de mise en œuvre de l'ensemble des actions demandées courant jusqu'à la mi 2025</p>	<p>Injonction maintenue 6 mois</p> <p>Les documents transmis ne répondent pas à l'injonction. La liste des membres au conseil d'administration en date du 3 mai 2024 présente une liste de 6 membres plus trois candidats qui devront être élus lors de la prochaine AG. Des courriers de demande de désignation de représentants adressés respectivement à la mairie de Vauréal, à la MDPH et à l'éducation nationale (DSDEN) sont présentés. Si les candidats sont élus à la prochaine AG, la composition du CA atteindra le seuil minimal requis (9 à 19 membres). Il est donc attendu la transmission du procès-verbal de la prochaine AG. Néanmoins, aucune preuve n'a été apportée sur le respect de l'article 6 des statuts de l'association s'agissant du renouvellement par tiers tous les deux ans des membres du conseil d'administration. Les PV d'Assemblée générale démontrent que ces élections n'ont pas eu lieu. Les missions des membres du bureau ne sont pas formalisées.</p> <p>Les PV transmis ne sont pas datés ni signés et le caractère particulièrement succinct de la plupart d'entre eux est relevé.</p> <p>Il convient de noter que le CR du CA du 22 mars 2024 évoque le départ à la retraite de la directrice adjointe et son remplacement [REDACTED] dès le 25 mars pour une durée de 3 ou 6 mois. Cette information n'a pas été transmise à l'ARS.</p> <p>La transmission de la proposition d'intervention d'un cabinet d'avocats sur la révision des statuts ne constitue pas un élément probant pour sa mise en œuvre effective.</p> <p>Le projet de Document unique de délégation (DUD) transmis constitue une régression par rapport au précédent document faisant office de DUD, qui avait le mérite de préciser les responsabilités du conseil d'administration (CA), de la présidente, du trésorier, du bureau et du directeur général. Les documents transmis ne font référence qu'à des décisions co-validées entre la directrice générale et la présidente ou soumises pour approbation à la présidente.</p> <p>Pour rappel, il est attendu la transmission des procès-verbaux de l'assemblée générale attestant des élections des membres du conseil d'administration et la liste actualisée de ses membres ainsi que la formalisation des missions des membres du bureau et les comptes rendus des séances du conseil d'administration relatifs à l'établissement.</p>

² Extrait de l'article L 313-1 du CASF : « Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. »

Les documents transmis entre la lettre définitive et la visite du 6 mars 2025 (délai injonction échu) :

La mission a été destinataire de plusieurs pièces justificatives adressées lors de 3 envois successifs fin juillet, fin septembre et fin décembre 2024 avec les éléments de réponse ci-après :

Envoi fin juillet 2024 :

« L'Assemblée générale mixte qui s'est tenue le 28 juin 2024 a acté l'intégration de nouveaux administrateurs. A ce jour, le Conseil d'administration est composé de 9 membres.

De nouveaux statuts ont été présentés et approuvés par l'Assemblée générale (AG) mixte du 29 juin 2024. Ils prévoient que l'association soit "administrée par un Conseil composé de 6 à 12 membres" et que "les membres du Conseil sont élus pour une durée de 5 ans".

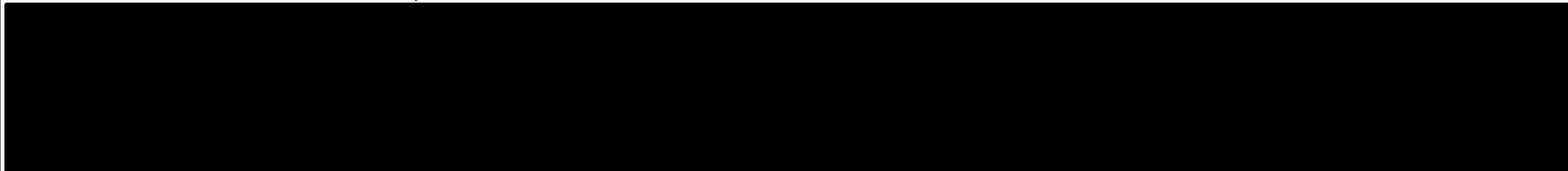
A ce titre, au cours de l'AG mixte, la totalité des administrateurs ont démissionné et ont été renommés.

La réélection des membres du bureau a eu lieu au cours du Conseil d'administration du 29 juin 2024. Le compte rendu du Conseil d'administration est transmis avec le texte des résolutions adoptées, les deux documents sont signés.

Les fonctions des membres du bureau sont décrites dans les nouveaux statuts.

Par ailleurs, un séminaire des Administrateurs se tiendra les 7 et 8 septembre 2024 sur le fonctionnement du Conseil d'administration, son organisation et le projet associatif. Le compte rendu du Séminaire sera transmis aux services de l'Inspection.

Concernant le départ de la Directrice adjointe, [REDACTED], celui-ci était envisagé mais non finalisé. Les modalités de départ sont en cours. Il a donc fallu pallier à ses absences prolongées et successives pour maladie. C'est à ce titre que l'association a eu recours à un directeur adjoint de transition.



Les documents attendus ont été transmis à la mission fin juillet 2024 :

Le délai de mise en œuvre est respecté, les PV transmis sont datés, signés.

9 administrateurs ont été élus au CA.

Les documents transmis permettent de constater la mise en conformité de l'organe délibérant de l'association ainsi que son fonctionnement. Les procès-verbaux transmis sont datés et signés. On pourrait relever que les PV sont concis et qu'ils datent tous du même jour. »

Envoi fin septembre 24 :

« Les nouveaux statuts prévoient les missions des membres du Bureau en les articles 7 Président, article 8 vice Président, article 9 Secrétaire, article 10 Trésorier.

Un séminaire des administrateurs s'est tenu les 7 et 8 septembre avec intervention de [REDACTED], sociologue. L'ordre du jour est adressé en pièce ainsi que le support de réflexion. Les administrateurs sont accompagnés dans leur réflexion concernant le projet associatif et le rôle des administrateurs dans l'organisation. La synthèse est en cours de rédaction.

Les prochaines séquences de travail pour finalisation concernent : le projet associatif (mi octobre), les rôles des administrateurs (mi octobre), les délégations/ sub délégations (novembre).

La réactualisation du DUD Présidente/DG et des subdélégations sont en cours avec l'accompagnement du cabinet [REDACTED].

Pas de nouvelle séance du Conseil d'administration depuis celle du 28 juin 2024. Le prochain CA se tiendra mi octobre. »

Pièces transmises :

Pièce 69a et b : ODJ et support de réflexion

Envoi fin Décembre 24 :

« Les administrateurs ont voté pour une réactualisation du Projet associatif présenté au Conseil d'administration du 6 décembre 2024 en cohérence avec les travaux menés par les équipes sur le projet d'établissement.

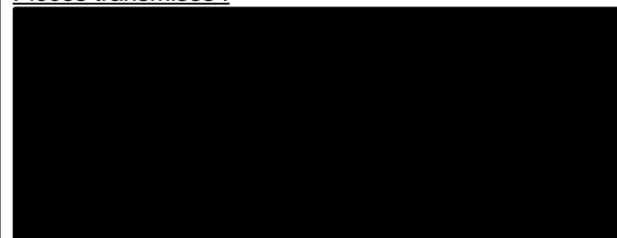
Concernant les nouvelles modalités de travail avec la gouvernance, les administrateurs ont élaboré des travaux préalables à un nouveau règlement de fonctionnement. Ce projet a été validé lors du Conseil d'administration du 6 décembre 2024.

Au cours du séminaire des administrateurs qui s'est tenu les 7 et 8 septembre avec intervention de [REDACTED], sociologue, les administrateurs ont évoqué l'histoire de l'association, les missions des administrateurs et leur vision à long terme avec les perspectives de travail dont les modalités de collaboration avec l'appui de [REDACTED].

La réactualisation du DUD Présidente/DG et des subdélégations a été réalisée et présentée lors du Conseil d'administration du 6 décembre 2024.

Les comptes rendus des Conseils d'administration des [REDACTED] sont transmis. »

Pièces transmises :



L'analyse et les constats le jour de la visite :

S'agissant des documents transmis, l'agence constate que les statuts associatifs ont été modifiés de façon à correspondre au fonctionnement réel de la gouvernance associative qui s'avère plus concentrée autour de la présidence que ne le prévoyait le projet associatif initial. Cette modification des statuts n'est pas propice à la demande de transparence formulée par l'agence. Outre la modification des statuts, la présidente de l'association avait fait part du projet de rapprochement

associatif avec [REDACTED]. Quelques jours avant la visite sur site du 6 mars, l'organisme gestionnaire a adressé un courrier à l'agence pour l'informer du changement de présidence de l'association suite à un conseil d'administration extraordinaire du 3 février 2025.

Ces revirements de gouvernance associatives ont été clarifiés lors de la visite sur site. La mission d'inspection a appris lors des entretiens menés que le rapprochement associatif n'avait pas été concerté avec les membres du Conseil d'Administration (CA), qu'il relevait de la seule initiative de la présidente, qu'elle avait fait rentrer dans le conseil d'administration un membre appartenant à [REDACTED], et que le rapprochement consistait en un mandat de gestion pour 17 mois avec, à l'issue un projet de fusion associative, mais qui laissait le château à la seule main de l'association le Clos.

Les membres du CA n'ont pas accepté ces orientations et les initiatives réalisées sans avoir été consultés au préalable, et ont évincé la présidente. A la suite de ce départ, deux membres du CA ont démissionné.

De ce fait, à la date de la mission d'inspection, les membres du CA se retrouvent au nombre de [REDACTED] personnes, ce qui n'est pas conforme aux nouveaux statuts qui prévoient un minimum de 6 membres.

Toutefois, de nouvelles personnes, expertes du domaine (expertise professionnelle, expertise d'usage, anciens de l'ITEP, parent aidant familial), ont été contactées et sont pressenties pour intégrer l'association et le CA, qui jusqu'à présent n'était constitué que de notables de la ville, sans connaissance de l'univers médico-social.

En parallèle, avec l'appui de cabinets extérieurs, les membres du CA se forment aux enjeux des politiques publiques, aux attentes des autorités sur le fonctionnement de la structure, et la parole se libère par rapport à l'ancien fonctionnement associatif [REDACTED].

Le président actuel, [REDACTED] a prévu lors de la prochaine assemblée générale en juin 2025 de céder sa place de président à une personne ayant intégré récemment l'association, et qui du fait de son parcours professionnel, connaît les enjeux du DITEP et a une vision pour l'avenir de la structure. Elle a pour projet de réformer les statuts associatifs, bien qu'ils aient été révisés récemment, et de poursuivre le travail de clarification des rôles et des missions entre les membres associatifs et la direction générale.

La gouvernance de l'organisme gestionnaire est en phase de transition au moment de l'inspection. En tant que tel, l'ARS ne dispose pas de la liste actualisée des membres du CA, ni de la formalisation des missions des membres du bureau puisque les travaux sont en cours. Les entretiens menés ont permis d'apprécier le positionnement de la nouvelle gouvernance associative, et sa façon de concevoir l'avenir de l'établissement.

Au regard des évolutions annoncées à venir concernant la composition et le fonctionnement de l'organe délibérant de l'association, l'injonction reste d'actualité et il est attendu la transmission des procès-verbaux de l'assemblée générale attestant des élections des membres du conseil d'administration et la liste actualisée de ses membres ainsi que la formalisation des missions des membres du bureau et les comptes rendus des séances du conseil d'administration relatifs à l'établissement.

La mission note que les orientations qui lui ont été présentées en entretien sont de nature à satisfaire l'injonction à terme.

Conclusion : L'établissement n'a pas encore satisfait à l'injonction.

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E3 : L'établissement connaît une instabilité des postes de directeur, directeurs adjoints et chefs de service depuis plusieurs années, ce qui déstabilise le pilotage et porte préjudice à la bonne gestion de l'établissement et au développement de projets. Cette situation ne permet pas de garantir le respect de l'article D 312-59-7 du CASF³.</p> <p>R1 : L'organisme gestionnaire n'assure aucun contrôle effectif de l'application du DUD et du travail du directeur. Il n'existe aucune organisation, ni outil pour l'organisation de ce contrôle.</p> <p>R2 : Le contrat de services de la manageuse de transition est prévu pour une durée limitée et à temps partiel, avec un contrôle de l'organisme gestionnaire limité à sa présidente, alors que la situation de l'établissement exige un directeur en titre à temps plein et s'inscrivant dans la durée.</p>	Inj.2	<p>Recruter / Nommer un directeur à temps plein sur la base d'un contrat à durée indéterminée assurant ainsi une stabilité dans le temps de la direction avec une définition claire des périmètres de responsabilité entre les prérogatives de l'organe délibérant et celles du directeur de manière à ce que les missions énumérées à l'article D 312-59-7 du CASF soient pleinement assurées.</p> <p>Garantir une organisation et des outils pour le contrôle effectif par l'association gestionnaire de la bonne application des dispositions de l'article D 312-59-7 du CASF.</p> <p>Il est attendu la transmission du contrat et du DUD au titre des éléments de preuve.</p>	Article D 312-59-7 du CASF	<p>Afin de créer les conditions préalables à la stabilisation des équipes dirigeantes et dans un contexte de manque de visibilité sur la pérennité de l'institution (cf. échanges de l'ARS), le CA a défini les missions de l'équipe de direction de transition pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation du pilotage ; - la définition des priorités ; - et le lancement des travaux,. <p>intégrant les recommandations de l'ARS, les recommandations du cabinet [REDACTED] le bilan des actions menées dans le cadre du CPOM 2020-2024.</p> <p>L'ensemble des travaux réalisés (rapport d'étonnement, plan d'actions...) et chantiers en cours doivent contribuer à la stabilisation du pilotage et donc de l'équipe de direction ainsi qu'à l'apaisement du climat social</p>	<p style="text-align: center;">Injonction maintenue 6 mois</p> <p>L'organisme gestionnaire a renouvelé le contrat de service du manager de transition pour une durée de [REDACTED] mois à compter [REDACTED]. De surcroît, dans le procès-verbal (PV) du CA du [REDACTED] la mission prend connaissance de l'arrivée d'un directeur adjoint de transition. Cela contrevient à la demande de stabilité de l'équipe de direction. Dans le CR de la réunion travaux [REDACTED] la mission apprend le départ de la responsable financière. Aucune information n'a été transmise sur les modalités de son remplacement.</p> <p>Par ailleurs, la lettre de mission de la directrice générale transmise [REDACTED] est la lettre de mission initiale rédigée au lendemain de son arrivée, alors que le contrat de service et cette première lettre de mission prévoient la rédaction d'un rapport d'étonnement et d'une lettre de mission définissant les objectifs quantitatifs et qualitatifs dans le mois qui suit le démarrage de la mission. La lettre de mission en vigueur stipule que la manageuse de transition, "compte tenu de son statut n'a pas de délégation de pouvoir et que l'ensemble des actions nécessitant un engagement financier devra systématiquement être soumis à la présidente pour validation".</p> <p>L'absence de document unique de délégation (DUD) contrevient à l'article D. 312-176-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).</p> <p>Selon le document n°17 transmis, l'organisme gestionnaire poursuit la recherche d'un directeur général en contrat à durée indéterminée (CDI) avec trois candidatures à recevoir, tout en actant la candidature de la manageuse de transition actuelle, laquelle a participé aux échanges entre la présidente et le cabinet conseil chargé du recrutement.</p> <p>La démarche interroge sur le principe de cohérence par rapport à l'objectif de stabilisation de la direction (renouvellement du contrat de service alors que la personne est candidate à un CDI), et sur la transparence de la procédure (directrice de transition candidate et associée aux discussions sur le processus de recrutement), ainsi que sur le fonctionnement associatif qui prévoit que le vice-président assiste la présidente dans ses fonctions. Cette démarche interroge aussi sur la cohérence entre cet éventuel recrutement et le mandat de gestion évoqué dans le courrier de la présidente daté du 17 mai 2024.</p> <p>A contrario, la transmission du projet de DUD [REDACTED] donne délégation au futur directeur général sur l'ensemble des prérogatives de la présidente, sans aucune limitation ni du périmètre de responsabilité, ni d'un seuil d'engagement de dépenses et fait table rase du précédent DUD, lequel précisait dans un tableau ce qui relevait de la responsabilité du CA, du bureau, du président, du trésorier et du directeur général. Par ailleurs, il est noté que l'objet de la délégation est <u>le bon fonctionnement de l'association</u> et que le directeur général doit porter, impulser et développer une conduite stratégique <u>des projets de l'association</u>, qu'il est responsable de l'élaboration et de la présentation pour approbation par le CA de la stratégie de développement et de coopération de l'association ainsi que de la mise en œuvre de la <u>politique générale de l'association</u>.</p> <p>Ces orientations sont contraires au principe de contrôle effectif par l'association gestionnaire de la bonne application des dispositions de l'article D 312-59-7 du CASF relative aux missions et responsabilités du directeur. Le sujet des prérogatives de l'organe délibérant est éludé.</p> <p>Les documents de preuve transmis ne répondent pas à l'injonction et vont même dans un sens contraire, démontrant l'incapacité de l'organisme gestionnaire à gérer l'autorisation détenue.</p>

³ Article D 312-59-7 du CASF : Dans le respect des prérogatives de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire de l'établissement, le directeur exerce la responsabilité générale du fonctionnement de l'établissement, notamment en matière administrative, financière et comptable. Il assure la coordination des interventions thérapeutiques, éducatives, pédagogiques et met en œuvre les coopérations mentionnées au 3° de l'article [D. 312-59-4](#).

A ce titre, le directeur :

1° Est responsable de la mise en œuvre du projet d'établissement et de son évolution, en liaison avec l'équipe interdisciplinaire ;

2° S'assure du bon accueil des personnes et des familles et s'assure de la tenue du registre mentionné à l'article [L. 331-2](#) ;

3° Veille à l'évaluation régulière de la qualité des projets personnalisés d'accompagnement des enfants et des adolescents et préside les réunions de synthèse ;

4° Veille au respect d'une approche interdisciplinaire du travail en équipe et est, à ce titre, garant de la cohésion de l'équipe interdisciplinaire et de ses différentes composantes mentionnées aux articles [D. 312-59-9](#) à [D. 312-59-12](#) ;

5° Organise le développement des relations avec les institutions et intervenants extérieurs qui participent à l'accompagnement de la personne ;

6° Mobilise les moyens propres à assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels ;

7° Veille à la qualité de l'environnement, à la sécurité des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, à leur développement dans le respect de leurs droits, de leur confort et de leur bien-être et s'assure que l'ensemble de l'organisation concourt à cet objectif ;

8° Doit répondre aux conditions prévues à l'article [D. 312-20](#).

La mission d'inspection du 1^{er} février 2024 avait constaté plusieurs dysfonctionnements de la gouvernance de l'établissement : une instabilité des postes de directeur, directeur adjoint et chef de service qui durait depuis plusieurs années (écart n°3) ; un manque de contrôle effectif de l'organisme gestionnaire de l'application du document unique de délégation du directeur (remarque n°1) ; et une insuffisance du temps de présence du directeur de transition en poste (remarque n°3).

Pour corriger ces dysfonctionnements, l'injonction n°2 de la lettre des décisions définitives, que l'établissement a reçue le 27 juin 2024, lui somrait de : recruter / nommer, sous 6 mois, un directeur à temps plein sur la base d'un contrat à durée indéterminée assurant ainsi une stabilité dans le temps de la direction avec une définition claire des périmètres de responsabilité entre les prérogatives de l'organe délibérant et celles du directeur de manière à ce que les missions énumérées à l'article D312-59-7 du CASF soient pleinement assurées. Garantir une organisation et des outils pour le contrôle effectif par l'association gestionnaire de la bonne application des dispositions de l'article D312-59-7 du CASF (injonction n°2).

Le délai étant échu, l'objectif de la mission du 6 mars 2025 est de s'assurer de la mise en œuvre de la mesure, et que l'établissement :

1. a recruté un directeur en contrat à durée indéterminée à temps plein, afin de stabiliser la direction de l'établissement ;
2. a défini clairement les périmètres de responsabilité entre le directeur et l'organisme gestionnaire qui doivent être conformes à l'article D312-59-7 du CASF ;
3. a assuré la présence d'une organisation et des outils pour le contrôle effectif par l'association gestionnaire de la bonne application des dispositions de l'article D312-59-7 du CASF.

Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)

Au jour de la visite, l'association gestionnaire a recruté et réorganisé l'équipe de direction.

Un binôme de direction, en contrat à durée indéterminée et à temps plein

L'association gestionnaire a recruté le 1^{er} juillet 2024 une directrice générale (qui n'est autre que la manageuse de transition), et le 12 juillet 2024 un directeur adjoint. Tous les deux ont le statut de cadre dirigeant⁴ et sont en contrat à durée indéterminée à temps plein (source : leur contrat de travail respectif, transmis par l'établissement).

La directrice générale [REDACTED], est titulaire d'un [REDACTED]. Selon son CV [REDACTED] elle dispose [REDACTED]. Le directeur adjoint, lui, selon son CV [REDACTED] est titulaire d'un [REDACTED]. Il possède une expérience [REDACTED].

L'organisme gestionnaire a défini les périmètres de responsabilité de la directrice générale, mais les périmètres de responsabilité entre la directrice générale et le directeur adjoint n'ont pas été formalisés. En effet, la directrice générale a signé, le jour de son recrutement, un premier document unique de délégation (DUD) conforme à l'article D312-176-5 du CASF (DUD du 1^{er} juillet 2024). Toutefois, certains pouvoirs réglementaires spécifiques aux ITEP, énumérés à l'article D312-59-7 du CASF, y étaient absents. Aussi, le 24 février 2025, à la suite du changement de présidence de l'association, elle a signé, avec le nouveau président, un DUD conforme à l'article D312-59-7 du CASF (DUD du 24 février 2025). Concernant le directeur adjoint, le premier article de son contrat de travail stipule que : « il exercera l'ensemble des responsabilités de direction adjointe d'établissement, dans le respect de la fiche de poste remise [...] et de la délégation de pouvoirs qui lui sera consenti ». Toutefois, ni la fiche de poste ni le document de subdélégation (pouvoir que possède la directrice générale dans son DUD du 25 février 2025) n'ont été transmis par l'établissement.

Il ressort des différents témoignages du personnel recueillis sur place que le nouveau binôme de direction est apprécié par le personnel qui se sent soutenu.

De nouveaux responsables de fonctions

Responsable comptable : L'établissement a transformé le poste de responsable financier, qui était vacant, en poste de responsable comptable. La comptable de l'établissement, [REDACTED], a été promue à ce nouveau poste le 1^{er} juillet 2024 (source : avenant au contrat de travail à durée indéterminée signé entre la comptable et la directrice générale de l'ITEP, transmis par l'établissement). D'après les déclarations de l'établissement, la comptable [REDACTED]

- **Responsable des services généraux** : L'établissement a recruté un nouveau responsable des services généraux, qui était présent au jour de l'inspection. Il a débuté son contrat le 1^{er} mars 2025. Il possède une expérience [REDACTED] (selon son CV ; pièce n°20).

Les postes de l'équipe de direction encore vacants

- **Responsable des ressources humaines (RRH)** : Sur place, le poste de responsable des RRH était vacant. Cependant, dans le cadre d'un contrat de prestation d'intervention d'une durée de [REDACTED] mois [REDACTED], un cadre des RH de transition assurait l'intérim du poste. D'après sa déclaration, un candidat a été recruté, et doit prendre ses fonctions le [REDACTED].
- **Chef de service** : Un poste de chef de service était toujours vacant ; le directeur adjoint en assurait l'intérim, en attendant qu'il soit pourvu. D'après le cadre des RH de transition, un candidat est en cours de recrutement [REDACTED].

Conclusion :

De ce qui précède, l'établissement a presque satisfait à l'injonction n°2 : il a recruté et réorganisé son équipe de direction. Toutefois, la stabilité de cette nouvelle gouvernance ne sera effective qu'avec le temps. Le troisième point, à savoir une organisation et des outils pour le contrôle effectif par l'association gestionnaire de la bonne application des dispositions de l'article D312-59-7 du CASF n'est quant à lui pas satisfait au 6 mars, en raison de la restructuration en cours de la gouvernance associative (présidence assurée par le vice-président dans l'attente de nouvelles élections à venir dans l'été). Depuis la visite sur site, la mission a appris le départ du directeur adjoint.

L'injonction est ainsi partiellement mise en œuvre.

⁴ [Article L3111-2 du code du travail](#)

⁵

⁶

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E4 : L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement depuis la fin de l'année 2020, ce qui contrevient aux dispositions des articles L 311-8 et D 312-59-4 du CASF. Il n'a pas été satisfait à la prescription notifiée par l'ARS le 4 mars 2023 d'une élaboration d'un projet d'établissement.</p> <p>E8 : Le public accueilli par l'établissement est exclusivement masculin, en contradiction avec les valeurs de mixité affichées dans les statuts de l'association (article 2) et dans son projet associatif 2024-2029 (page 12).</p>	Inj.3	<p>Elaborer le projet de l'établissement à partir de l'analyse des remontées des professionnels et de la réponse à l'évolution des besoins des enfants, et le faire adopter par les instances selon les exigences réglementaires.</p> <p>Y inclure une ouverture de l'établissement à l'accueil d'enfants des deux sexes et prévoir les modalités et conditions d'accueil.</p> <p>Cet objectif a déjà fait l'objet d'une prescription notifiée le 4 février 2023 et non satisfaite.</p> <p>Dans l'attente de la rédaction du projet d'établissement, transmettre la méthodologie et le calendrier (rétroplanning) permettant de s'assurer de la dynamique et du suivi et respect des échéances.</p>	<p>Article L 311-8 et D 312-59-4 du CASF.</p> <p>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, Mai 2010).</p> <p>Article 2 des statuts de l'association.</p> <p>Projet associatif 2024-2029.</p>	<p>Le projet d'établissement de l'ITEP a pris fin en 2020. Les travaux de réactualisation ont été menés avec les équipes et un consultant externe, le cabinet [REDACTED] jusqu'en fin 2022. Ils n'ont pas été finalisés.</p> <p>Le projet de service du SESSAD quant à lui a pris fin en 2022.</p> <p>Pour l'ITEP, il est prévu des séances de travail avec les cadres pour la finalisation puis la mise au travail des équipes par groupes thématiques.</p> <p>Pour le SESSAD, l'accompagnement d'un cabinet sera nécessaire à la réactualisation du projet. Tissages Formation est choisi et accompagnera les équipes du SESSAD à compter du 11 juin.</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>6 mois pour la transmission du PE et 3 mois pour la transmission de la méthodologie</p> <p>Le devis signé le [REDACTED] pour un accompagnement méthodologique au projet d'établissement du SESSAD par un consultant garantit certes une méthodologie pour cette partie du projet d'établissement. Néanmoins, la différenciation de méthode entre l'ITEP et le SESSAD continue à alimenter le fonctionnement scindé du DITEP, ce qui est contraire à l'essence du DITEP.</p> <p>La méthodologie et le rétro-planning ne sont pas transmis, ni pour la partie ITEP, ni pour le SESSAD. Aucune mention n'est faite sur la demande de mixité de l'accueil des jeunes.</p> <p>Dans l'attente de la rédaction du projet d'établissement, transmettre la méthodologie et le calendrier (rétro-planning) permettant de s'assurer de la dynamique et du suivi et respect des échéances, et de la participation réelle des professionnels à la construction du projet.</p>

Analyse des pièces transmises après la Lettre définitive (LD) et avant la visite sur site :

Un projet d'établissement pour le DITEP 2025-2030 a été transmis à la mission par courriel du 9 janvier 2025.

Celui-ci indique en page 11 que :

- Il a été validé par le Comité de direction le [REDACTED] ;
- Il a été soumis au conseil de la vie sociale (CVS) le [REDACTED] ;
- Il a été soumis au comité social et économique (CSE) le [REDACTED] ;
- Il a été soumis au CA le [REDACTED] ;

Un relevé de décision du Conseil de vie sociale en date du [REDACTED], signé par le président du CVS, a été transmis, indiquant que le projet d'établissement a été approuvé à l'unanimité sous réserve de l'engagement de la direction à mettre au travail les équipes quant aux orientations et actions présentées et de rédiger une synthèse du document pour diffusion aux familles.

Néanmoins, le document ne mentionne pas les membres du CVS présents, contrairement au compte rendu du CVS du [REDACTED].

En outre, le contenu des débats n'est pas non plus inscrit, puisque le document transmis est un relevé de décisions et non un compte rendu.

De même, le relevé de décisions du CSE extraordinaire, daté du [REDACTED] (le projet d'établissement indique la date du [REDACTED]), indique que les représentants du CSE donnent un avis favorable et n'émettent aucune objection sur le projet d'établissement présenté par la direction. Celui-ci est signé par le secrétaire du CSE mais ne mentionne pas la liste des personnes présentes.

La notion de mixité a été intégrée au projet d'établissement dans la section 1. Missions.

Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)

Les entretiens menés ont permis de constater que les salariés ont été invités à participer aux réflexions autour du projet d'établissement, et que ce dernier leur a été transmis par mail.

Si la mixité a bien été intégrée au projet d'établissement, la mission a constaté qu'au jour de l'inspection, seuls des garçons sont accueillis au sein du DITEP.

Afin d'accueillir des filles au sein de l'établissement en toute sécurité, des réaménagements importants seront nécessaires, notamment au sein de l'internat. La direction mène une réflexion sur la création d'une unité de vie dans la cité qui pourrait leur être destinée, ou à restreindre les admissions uniquement en externat. Par ailleurs, en six mois, l'établissement n'a reçu que deux demandes d'admission de filles.

Le questionnaire à destination des familles portant sur l'évaluation de l'accueil et de l'accompagnement des jeunes en vue d'intégrer leurs remarques au projet d'établissement n'a pas encore été transmis aux familles et devrait être présenté au prochain CVS.

L'injonction est mise en oeuvre.

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E 5 : En l'absence d'évaluation de la qualité de ses prestations par un organisme accrédité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 312-8 du CASF. La dernière évaluation externe date de 2015, ce qui ne respecte pas le délai de 5 ans entre les évaluations tel que prévu par le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS et son décret modificatif n° 2022-695 du 26 avril 2022. En outre, le défaut de transmission des résultats de l'évaluation deux ans avant la date de fin de l'autorisation est contraire aux dispositions de l'article D 312-204 du CASF.</p>	<p>Inj.4</p>	<p>Engager l'établissement dans la démarche d'évaluation de la qualité de ses prestations par un organisme accrédité, et transmettre les résultats de l'évaluation à l'ARS pour le 30 juin 2024, conformément aux délais déjà notifiés par la DDARS lors de votre demande de report de transmission.</p>	<p>Article L 312-8 du CASF Article D 312-204 du CASF Décret n°2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS modifié par décret n°2022-695 du 26 avril 2022.</p>	<p>2 cabinets ont été sollicités pour la réalisation de l'évaluation : [REDACTED]. Le cabinet [REDACTED] a répondu favorablement. L'évaluation est programmée pour la semaine du [REDACTED] pour l'ITEP et le SESSAD. La planification des rdv est en cours. Le rapport sera remis dans les 30 jours après la semaine d'intervention. Le cabinet [REDACTED] est informé des attentes de l'ARS pour une restitution du rapport fin juin.</p>	<p>Injonction maintenue dans l'attente de la transmission effective du rapport d'évaluation. L'envoi du rapport est attendu au plus tard le 30 septembre 2024. L'établissement a engagé les démarches et a transmis à l'appui de sa réponse le devis signé avec le cabinet [REDACTED]. Par mail du [REDACTED] il sollicite un nouveau report de la transmission du rapport : mois de [REDACTED] au lieu du [REDACTED] puis par un deuxième mail revient sur la transmission à 30 jours après intervention semaine [REDACTED].</p>
<p>Constats réalisés par la mission suite à l'analyse des pièces transmises après la LD (suites d'inspection). Les rapports d'évaluation de l'ITEP et du SESSAD ont été transmis dans les délais. L'établissement a satisfait à l'injonction.</p>					

Ecart constatés Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E7 : Le taux de professionnel éducatif possédant un diplôme de travailleur social (éducateur spécialisé, moniteur éducateur) est inférieur à 50% avec une disparité entre la situation de l'ITEP des grands (31%) et l'ITEP des petits (50%). Cette situation contrevient aux dispositions de l'article D312-59-13 du CASF.</p>	<p>Inj.5</p>	<p>Recruter des professionnels disposant d'un diplôme de travailleur social (éducateur spécialisé et moniteur éducateur) ou engager les professionnels éducatifs dans des formations diplômantes afin de garantir que chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire possède les diplômes ou les équivalences reconnus nécessaires à l'exercice de ses compétences.</p> <p>Dans l'attente des recrutements effectifs, transmette le plan d'actions (plan de recrutement et de formation).</p>	<p>Article D 312-59-13 du CASF</p>	<p>L'effort de recrutement de personnels qualifiés est poursuivi par l'ITEP depuis mars 2023, embauche de la RRH. La qualification des professionnels est un chantier en cours depuis plus d'une année. Actuellement, ■ salariés de l'éducatif sont engagés dans un processus de VAE, ■ seront engagés en formation fin 2024-début 2025 selon leurs admissions suite à sélection, ■ maitresses de maison seront en formation fin 2024 ainsi que ■ surveillants de nuit. L'établissement a transmis un tableau de qualifications et projections d'actions de formation ■■■■■■</p>	<p>Injonction maintenue dans l'attente de la clarification des sept situations individuelles ci-après : 12 mois pour les recrutements effectifs 3 mois pour transmission du plan d'actions.</p> <p>Le tableau de qualifications et de projections d'actions de formation transmis répond en grande partie à l'injonction. Toutefois, des interrogations subsistent pour trois des neuf éducateurs spécialisés, non titulaires du diplôme d'État Educateur spécialisé (ES), mais d'autres diplômes (Technicien en intervention sociale et familiale ; Master management des organisations sanitaires et sociales ; Master en psychologie de l'enfant et CAFERUIS). Si le premier est de niveau inférieur à celui d'ES, les deux autres sont de niveau égal ou supérieur, mais dans tous les cas ne correspondent ni aux qualifications, ni aux compétences attendues d'un ES. Le tableau ne mentionne ni projet de formation, ni projet de VAE pour ces trois personnes.</p> <p>S'agissant des ■ moniteurs éducateurs, du tableau, ■ cumulent l'absence de diplôme d'État et l'absence de prévision de formation ou de VAE. L'un possède un diplôme de conseiller en insertion professionnelle et le baccalauréat pour le second.</p> <p>Il convient également de préciser ce qui est prévu pour le poste de moniteur éducateur en CDD et celui en CAP.</p> <p>Aucune indication n'est donnée sur un plan de recrutement.</p>

La mission d'inspection du 1^{er} février 2024 avait constaté que le taux de professionnels éducatifs possédant un diplôme de travailleur social (éducateur spécialisé, moniteur éducateur) était inférieur à ■% des professionnels éducatifs, avec une disparité entre la situation de l'ITEP des grands (■■■) et l'ITEP des petits (■■■) ; contrevenant ainsi aux dispositions de l'article D312-59-13 du CASF (écart n°7).

Pour corriger ces dysfonctionnements, l'injonction n°5 de la lettre des décisions définitives, que l'établissement a reçue le 27 juin 2024, le sommait de : recruter, sous 12 mois, des professionnels disposant d'un diplôme de travailleur social (éducateur spécialisé et moniteur éducateur) ou d'engager les professionnels éducatifs dans des formations diplômantes afin de garantir que chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire possède les diplômes ou les équivalences reconnus nécessaires à l'exercice de ses compétences. Et, dans l'attente, l'établissement devait transmettre, sous 3 mois, le plan d'actions (plan de recrutement et de formation).

L'objectif de la mission est de vérifier l'état d'avancement de la mise en œuvre de la mesure, dont le délai est en cours.

Etat d'avancement le 6 mars 2025 (délai au 28 juin 2025 pour les recrutements effectifs)

La mission a été destinataire des documents suivants :

- plan de développement des compétences de 2024 ;
- tableau de suivi des formations diplômantes ;
- fichiers des diplômes des salariés ;
- justificatifs d'inscription à un dispositif de formation qualifiante.

Au jour de l'inspection, l'établissement est dans un processus de qualification des professionnels éducatifs non qualifiés. En effet, selon le tableau de suivi des formations diplômantes ■■■■■■ et les différents justificatifs afférents ■■■■■■, ■ de ces agents sont engagés dans un parcours de validation des acquis de l'expérience (VAE).

L'une des interrogations abordées par la mission ayant effectué le contradictoire du 27 juin 2024, portait sur ■ faisant fonction d'éducateurs spécialisés (ES) et ■ moniteurs éducateurs (ME). Les éléments apportés par l'établissement lors de l'inspection indiquent que seul ■ faisant fonction d'ES est engagé dans une VAE de Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé se terminant le 28 septembre 2025 ■■■■■■. Les ■■■■■■ autres faisant fonction d'ES ne sont ainsi pas en cours de qualification, et rien ne permet d'affirmer qu'ils le seront dans le futur : sur ce point, il n'y a que peu d'évolution par rapport au constat de la mission contradictoire du 27 juin 2024.

Par ailleurs, entre la lettre des décisions définitives reçue par l'établissement le 27 juin 2024, et le jour de l'inspection, des rotations du personnel ont été constatées et l'établissement a recruté un professionnel éducatif : ■■■■■■ titulaire du diplôme éponyme.

En conclusion :

L'établissement est en cours de satisfaction de l'injonction : il s'est activement engagé dans la qualification de son personnel éducatif non qualifié ; et il s'est assuré de recruter un professionnel éducatif qualifié.

L'établissement a partiellement mis en œuvre la mesure.

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
E10 : L'absence de dossier administratif retraçant l'évolution des jeunes au cours de leur accompagnement et regroupant les volets thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques du PPA ainsi que les comptes rendus de réunions, les autorisations écrites pour les prises en charges et la description des faits intervenus dans le cadre de l'accompagnement avec les suites données, contrevient à l'article D. 312-59-15 du CASF ⁷ .	Inj.6	Mettre en œuvre un dossier administratif retraçant l'évolution du jeune et regroupant les volets thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques de son PPA ainsi que les comptes rendus de réunions, les autorisations écrites pour sa prise en charge et la description des faits dans le cadre de son accompagnement avec les suites données. Cet objectif a déjà fait l'objet d'une prescription notifiée le 4 février 2023 et non satisfaite	Article D. 312-59-15 du CASF	Le dossier administratif a été retravaillé pour être numérisé ; il comporte des parties distinctes et les professionnels y ont accès selon un organigramme de droits d'accès respectant l'accès par métier. Le DUI est en cours de sélection et le dossier de subvention devrait être déposé en juin 2024. Les réunions font l'objet de compte rendu. Ont été transmis : [REDACTED] : Organigramme du dossier de la personne accueillie et droits d'accès.	Injonction maintenue 6 mois Le fichier permet de constater qu'un travail de réflexion sur l'organisation des fichiers informatisés a été mené. Néanmoins, le dossier administratif des usagers numérisé mentionné dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) [REDACTED] n'est toujours pas opérationnel. L'établissement mentionne le dépôt d'un dossier de subvention sans préciser si l'octroi de financement va conditionner ou pas la mise en œuvre du projet.

Constats réalisés par la mission suite à l'analyse des pièces transmises (suites d'inspection).

Les réponses de l'établissement portent sur la mise en place d'un dossier informatisé :

Un courrier d'une société prestataire en informatique a été transmis à la mission indiquant que les sessions de formation à l'utilisation du process numérique de gestion des dossiers uniques informatisés (DUI) pour les professionnels du DITEP auront lieu en octobre (2 dates) et en novembre (3 dates).

L'offre commerciale de la société déployant le DUI a été transmise, signée par la présidente en date du 5 septembre 2024.

La convention de participation au programme ESMS numériques a été transmise, signée.
(Transmission à la mission par envoi du 24.09.2024)

L'établissement a transmis le courrier de l'ARS daté du 14 octobre 2024 validant la demande d'appui au déploiement des ESMS numériques à hauteur de [REDACTED] Euros. Ce qui couvre largement l'estimation transmise par le gestionnaire.

Le démarrage du projet était programmé au 1/02/2025.
(Transmission à la mission par envoi du 30/12/2024)

Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)

Le jour de l'inspection, la mission a constaté que le DUI est en cours de déploiement. Les dossiers des jeunes ont été, pour une grande partie, numérisés et les professionnels informés et formés. Néanmoins, dans l'attente de l'opérationnalité du DUI, ce sont les dossiers papiers des jeunes qui restent consultés et utilisés par les professionnels.

Les dossiers papier consultés, qui se trouvaient à l'accueil, ont permis à la mission de constater que les projets personnalisés d'accompagnement (PPA) sont absents ou ne sont pas à jour.

De plus, les dossiers anciens ne sont pas complets (pas de projet thérapeutique, pas de PPA).

D'autre part, la fermeture de l'accueil à 16h45 rend impossible l'accès aux dossiers par les professionnels après cet horaire. A noter que le jour de l'inspection, l'accueil devait déménager au Château.

En conclusion, la numérisation des dossiers en cours est un travail nécessaire mais qui ne répond pas à l'exigence de complétude des dossiers des jeunes accueillis, lesquels ne comportent pas tous l'évolution du jeune ni les volets thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques du PPA, ni les comptes rendus de réunions. De ce point de vue, l'établissement n'a pas satisfait à l'injonction.

⁷ Article D. 312-59-15 du CASF : « Quatre mois avant la date de révision de la décision d'orientation telle que prévue à l'article L. 241-6, l'établissement élabore un bilan circonstancié de l'évolution de la personne afin de proposer soit une prorogation de la prise en charge, soit la sortie de l'établissement.

Ce bilan propose, le cas échéant, les mesures d'accompagnement prévues par l'établissement en cas de sortie pour permettre à la commission mentionnée à l'article L. 146-9 de statuer. Les modalités de suivi doivent faire l'objet d'une proposition écrite. La sortie des enfants, adolescents ou jeunes adultes est prononcée par le directeur après intervention de la décision de la commission précitée. Un projet de formation scolaire et professionnelle est élaboré. Il prévoit notamment les conditions dans lesquelles la personne peut fréquenter l'école ou l'établissement scolaire dont elle dépend, à temps partiel ou à temps plein. Avec l'accord des parents et l'avis de l'intéressé ou son accord s'il est majeur, l'école ou l'établissement scolaire d'origine est informé de son devenir ».

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E11 : En l'absence persistante de pédiatre et en l'absence temporaire mais durable d'infirmière, l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement ne répond pas complètement aux dispositions des articles D. 312-21, D.312-22 et D. 312-23 du CASF. La prescription n°5 de 2022 n'est pas respectée.</p>	Inj.7	<p>Compléter l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement (temps de pédiatre et d'IDE). Cet objectif a déjà fait l'objet d'une prescription notifiée le 4 février 2023 et non satisfaite.</p>	<p>Articles D. 312-21, D.312-22 et D. 312-23 du CASF</p>	<p>Le Ditep a cherché à remplacer l'IDE [REDACTED] sans succès car sans candidatures; l'appel à l'intérim n'est pas concluant. Les missions confiées à l'infirmière n'étant pas suffisamment techniques, les praticiennes expriment leur souhait de ne pas perdre en compétences. Le Ditep recherche un partenariat avec un médecin libéral qui pourrait intervenir à la demande ou en visio si nécessaire. A cette heure, nous étudions le recours à une plateforme spécialisée qui pourrait prendre de relais moyennant un abonnement mensuel.</p> <p>Pièce 23 : Offre d'emploi [REDACTED]</p> <p>Pièce 24 : Planning des Visites Infirmières Intérimaires</p> <p>Pièces 25 a à f : Echange de mails</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>6 mois</p> <p>L'offre d'emploi d'infirmière sur [REDACTED] apparait ancienne puisqu'elle fait référence à une prise de poste en septembre 2023 pour une durée de 11 mois. Les échanges de mails avec des candidates ne vont pas au-delà du mois de février 2024. Enfin, le planning de visite des infirmières intérimaires couvre seulement la période du 21 septembre 2023 au 22 décembre 2023.</p> <p>Les échanges de mails (pièces 25f et 25g) avec la société [REDACTED] en date du 22 mai 2024 permettent de constater la recherche d'IDE de remplacement pour des interventions [REDACTED] sur la période [REDACTED]</p> <p>Aucun élément de preuve de remplacement effectif ou de recherche active d'infirmière entre [REDACTED] n'a été transmis. En l'absence de solution pérenne sur du temps d'infirmier, l'organisation à la rentrée scolaire [REDACTED] est à définir.</p> <p>Aucun élément de preuve de recherche de temps médical de pédiatre n'est transmis.</p> <p>Il est attendu la transmission des plannings avec les présences effectives des IDE et médecin(s) , des contrats de travail et/ou factures d'intérim acquittées, de l'organisation modélisée pour la rentrée [REDACTED]</p>
<p>La mission d'inspection du 1^{er} février 2024 avait constaté l'absence persistante de pédiatre et l'absence temporaire mais durable d'infirmier diplômé d'Etat (IDE), ce qui contrevenait aux dispositions des articles D312-21, 22 et 23 du CASF (écart n°11).</p> <p>Pour corriger ces dysfonctionnements, l'injonction n°7 de la lettre des décisions définitives, que l'établissement a reçue le 27 juin 2024, le sommait de compléter, sous 6 mois, l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement (recrutement [REDACTED]). Cet objectif avait déjà fait l'objet d'une prescription notifiée le 4 février 2023 et non satisfaite.</p> <p>Le délai étant échu, l'objectif de la mission du 6 mars 2025 est de s'assurer de la mise en œuvre de la mesure, et que l'établissement dispose de la :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. présence [REDACTED]; 2. présence [REDACTED] <p>Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)</p> <p><u>Présence d'un pédiatre : le choix de la télémedecine</u></p> <p>Face à ses difficultés à assurer un temps médical, l'établissement a opté pour la mise en place de la télémedecine. Il a conclu le 19 décembre 2024, une convention avec la société [REDACTED] délivre des soins protocolisés aux jeunes via la télémedecine. S'agissant de la spécialisation des intervenants dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, il est indiqué dans la convention que la société [REDACTED] propose une expertise pédopsychiatrique.</p> <p>La plateforme [REDACTED] est en service depuis le 20 janvier 2025 (selon la déclaration de l'établissement) ; la mission a constaté son installation sur place. Chaque semaine, elle offre aux jeunes [REDACTED] h de consultation avec un médecin psychiatre, et [REDACTED] h de consultation avec un médecin généraliste.</p> <p>Les différents professionnels interrogés déclarent que les jeunes ont bien accueilli la télémedecine, et qu'ils « se prêtent bien au jeu de la téléconsultation ». [REDACTED] refus de parent a été enregistré depuis la mise en œuvre de la télémedecine. Parallèlement à la télémedecine, l'établissement emploie un psychiatre en CDI à [REDACTED]ETP.</p> <p><u>Présence d'une IDE : recrutement d'une IDE en contrat à durée déterminée, à temps partiel</u></p> <p>Dans le cadre du remplacement [REDACTED] de son IDE en CDI, l'établissement a recruté une IDE à [REDACTED]ETP en contrat à durée déterminée (CDD).</p> <p>L'IDE a signé un CDD du [REDACTED] (source : contrat de travail de l'IDE, daté et signé le [REDACTED] transmis par l'établissement) qui a été prolongé par l'avenant du [REDACTED]. L'une de ses mission notables est d'installer les jeunes pour la télémedecine, et de réaliser, le cas échéant, les actes de soins physiques pour les médecins (tels que la palpation).</p> <p>L'IDE est inscrite à l'Ordre national des infirmiers, et dispose d'un numéro RPPS.</p> <p><u>Conclusion</u></p> <p>L'établissement emploie un psychiatre en CDI à temps partiel à [REDACTED]ETP, quotité complétée, via de la télémedecine, d'un temps médical additionnel hebdomadaire de psychiatrie et de médecine générale. Concernant le temps d'infirmier, l'établissement a recruté une IDE en CDD à [REDACTED]ETP pour remplacer l'IDE titulaire du poste, actuellement en [REDACTED]. Cependant, l'IDE remplaçante ne peut pas être embauchée définitivement sur ce poste, car celui-ci est déjà occupé par l'IDE titulaire.</p> <p>De ce qui précède, la mission constate que l'établissement a satisfait à l'injonction.</p>					

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
E12 : L'agencement des locaux médicaux et paramédicaux n'est pas conforme aux dispositions de l'article D 312-33 du CASF.	Inj.8	Mettre en conformité les locaux médicaux et paramédicaux. Cet objectif a déjà fait l'objet d'une prescription notifiée le 4 février 2023 et non satisfaite.	Article D. 312-33 du CASF	Les plans de rénovation des bâtiments ont été élaborés avec le cabinet d'architecte, [REDACTED] Le projet de rénovation sera présenté à l'ARS. Cette présentation fera l'objet d'une rencontre avec l'ARS pour vérifier la faisabilité du projet et l'inscription dans un PPI en lien avec la future négociation CPOM.	Injonction maintenue 6 mois

Analyse des pièces transmises après la LD (suites d'inspection).

Plan 1^{er} étage transmis : une infirmerie avec WC et une chambre de surveillance.
A notre connaissance, la délégation départementale de l'ARS n'a pas reçu de PPI.

Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)

Lors de la visite sur site, la mission a constaté le déménagement de l'infirmerie, auparavant située au 1^{er} étage, dans les locaux en rez-de-chaussée précédemment occupés par le SESSAD. Les locaux sont spacieux et ensoleillés. L'entrée de l'infirmerie donne directement dans un grand espace où sont positionnés les bureaux de l'aide-soignante et de l'infirmière ainsi que l'armoire où sont conservés les traitements médicamenteux. A la droite de cet espace, se trouve le cabinet médical qui est utilisé pour la télé-médecine. Cette salle comprend le matériel de télé-médecine (caméra et tablette), une table d'auscultation, un espace de réunion avec une table ronde et des chaises ainsi qu'un petit bureau avec un ordinateur. Sur la gauche de l'espace central, se trouvent deux chambres de surveillance, accueillantes et décorées avec soin, mais non fermées et au fond, se trouve une salle de réunion qui sert également d'espace repas pour les professionnels soignants.

La localisation de l'infirmerie ne présente plus de risque d'accès comme auparavant et est plus accueillante et spacieuse. Néanmoins, l'agencement des locaux n'est pas non plus parfaitement adapté à l'usage, et les chambres de surveillance manquent d'intimité. Des travaux d'aménagement restent nécessaires.

L'établissement a, en partie, satisfait à l'injonction.

			
Photo d'une des deux chambres de surveillance ouvertes sur l'espace	Deuxième chambre et cabinet médical		Matériel pour la télé-médecine

Ecart constatés Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E13 : L'établissement n'a informatisé ni les dossiers individuels, administratifs, pédagogiques et de santé des jeunes ni les plannings et agendas des professionnels et des usagers, et les communications entre professionnels. Or cet objectif figure dans l'ancien projet d'établissement ainsi que dans les engagements du CPOM et faisait l'objet d'une prescription au terme de l'inspection de 2022, qui n'a pas été respectée.</p> <p>R7 : Le défaut de cadre et d'organisation du travail ainsi que d'outils de travail et de gestion appropriés ne permettent pas à l'établissement de fidéliser les professionnels diplômés nouvellement recrutés.</p>	Inj.9	<p>Informatiser les dossiers individuels, administratifs, pédagogiques et de santé des jeunes ainsi que les plannings et agendas des professionnels et des usagers et des communications entre professionnels. Cet objectif figurait déjà dans l'ancien projet d'établissement ainsi que dans les engagements du CPOM. Cet objectif a déjà fait l'objet d'une prescription notifiée le 4 février 2023 et non satisfaite à l'échéance de son délai de mise en œuvre.</p>	CPOM 2020-2024	<p>Un dossier informatisé provisoire sera installé avant fin juin 2024 en attendant la sélection du DUI qui sera déployé en 2024 sur le DITEP. Actuellement l'étude se porte sur les logiciels "██████" et "le dossier informatisé" ██████. La direction fera une proposition à la gouvernance pour validation et lancement du déploiement. Pour chacun des éditeurs, nous pourrions intégrer une grappe avec un organisme gestionnaire porteur.</p> <p>Les pièces numérotées ██████ relatives aux propositions financières ██████ pour le déploiement d'un dossier unique ont été transmises.</p>	<p>Injonction maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments tangibles.</p> <p>6 mois</p> <p>Des propositions financières de prestataires de logiciel ne constituent pas un élément probant en l'absence de bon de commande ou de facture acquittée.</p>
<p>Analyse des pièces transmises après la LD (suites d'inspection). Cf constats sur injonction 6.</p> <p>Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu) Le jour de l'inspection, le DUI n'est pas fonctionnel, bien qu'en cours de mise en œuvre avec un financement assuré. Des droits d'accès au DUI et aux dossiers partagés ont été ouverts dans l'attente du déploiement du DUI.</p> <p>Conclusion : Les mesures correctrices sont en cours de mise en œuvre, l'injonction, partiellement mise en œuvre, sera à terme satisfaite.</p>					

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E17 : L'établissement ne dispose pas de procédure formalisée d'élaboration, de mise à jour et de signature des PPA, conforme à l'article D.312-59-5 du CASF.</p> <p>Les quelques projets personnalisés d'accompagnement (PPA) consultés par la mission étaient restés dans l'état constaté en 2022, souvent signés par le précédent directeur, avant même que le document ne soit complètement renseigné. Les entretiens ont confirmé le caractère obsolète de nombreux PPA.</p> <p>Un travail de révision de la trame PPA est actuellement en cours. La trame de PPA en projet non validé a été remise à la mission qui relève l'absence de critères d'évaluation dans cette trame pour pouvoir établir un bilan et réviser les objectifs. De surcroît, et comme en 2022, la mission n'a pas connaissance d'une procédure décrivant la rédaction initiale ni la mise à jour des PPA. L'écart 7 de la précédente inspection est toujours d'actualité, et ce d'autant plus que l'établissement n'a pas répondu à la prescription qui lui a été notifiée.</p>	Inj.10	Mettre en œuvre une procédure formalisée d'élaboration, de mise à jour et de signature des PPA. Cet objectif a fait l'objet d'une prescription notifiée le 4 février 2023 avec un délai de 1 mois non satisfaite.	Article D.312-59-5 du CASF	<p>Une procédure et des trames de synthèse et PPA ont été actualisées pour le SESSAD et l'ITEP. Les premiers PPA selon cette nouvelle version se dérouleront à compter du mois de mai 2024.</p> <p>Un calendrier des synthèses et PPA a été fixé pour l'ensemble des jeunes suivis au sein du DITEP jusqu'à la fin de l'année.</p> <p><u>Pièce 26</u> : Document préparatoire à la synthèse, version transmise le 26 mai 2024 et se substituant à la version antérieure relative au SESSAD</p> <p><u>Pièce 27</u> : Trame de PPA SESSAD <u>Pièce 27 bis intitulée Trame DITEP</u></p> <p><u>Pièce 28</u> : Guide méthodologique des PPA</p> <p><u>Pièces 29a., b., c. d.</u> : Calendriers des réunions de synthèse et PPA par service.</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>3 mois</p> <p>La trame de PPA de l'ITEP n'a pas été transmise car la pièce 27 bis est le même document que celui numéroté 27 relatif au SESSAD. Les calendriers transmis le sont sur la base des enfants actuellement présents avec un début de rédaction des synthèses à compter du 24 mai 2024 et courant jusqu'au mois de décembre 2024.</p> <p>Un calendrier générique est attendu permettant une organisation sur l'année scolaire. Il n'y a pas de tableau de bord de suivi des différentes phases. Le recueil des attentes des familles semble ne se faire qu'au moment de la présentation du PPA, après la date de synthèse en équipe. La signature et validation du PPA semble se faire au moment de la présentation du PPA.</p> <p>Les documents dans leur ensemble apparaissent peu opérationnels, hormis le document 26 (document préparatoire à la synthèse sur le DITEP). Toutefois, l'articulation entre le document 26 (qui prévoit l'ensemble des signatures (représentant légal, l'enfant, l'accompagnant éducatif et le responsable de l'établissement) et les documents 27 qui sont les trames des PPA n'est pas compréhensible. La mission ne comprend pas le positionnement de la présidente lors des réunions PPA, ni pourquoi les PPA sont signés par la présidente de l'association, mentionnée en tant que présidente du SESSAD (documents 27). La multiplication des documents (N° 26, 27, 27 bis et 28) entraîne un manque de cohérence et de visibilité du fonctionnement en vue de l'élaboration, de la mise à jour et de la signature des PPA.</p> <p>Il est attendu la transmission de PPA rédigés et signés afin de vérifier l'opérationnalité des guides et trames transmises. Un échantillon de minimum 2 PPA par groupe de jeunes est attendu (soit minimum 12 PPA).</p>
<p>Constats réalisés par la mission suite à l'analyse des pièces transmises (suites d'inspection).</p> <p>Une trame vierge de PPA a été transmise à la mission (Transmission du 30/12/2024).</p> <p>■ PPA complétés et signés ont été transmis à la mission par envoi du 26/07/2024.</p> <p>Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)</p> <p>Il ressort des entretiens menés par la mission d'inspection que des réunions de préparation des PPA sont organisées entre les professionnels, et que les jeunes et les familles peuvent y être associés.</p> <p>En principe, le PPA doit être élaboré trois mois après l'admission du jeune au sein de l'ITEP.</p> <p>Néanmoins, l'existence d'un PPA complet, signé et à jour pour chaque jeune n'a pas pu être constatée lors de l'analyse des documents transmis et de la visite sur site.</p> <p>La mission n'a pas pu constater la régularité des réunions PPA.</p> <p>La procédure de rédaction et de suivi des PPA doit être formalisée pour gagner en opérationnalité. Il convient également de prévoir des temps spécifiques dédiés à la rédaction des PPA dans les emplois du temps des éducateurs et de l'équipe médicale.</p> <p>Conclusion : l'injonction est partiellement mise en oeuvre.</p>					

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
E18 : En l'absence de mise en place d'un conseil de la vie sociale ou de toute autre forme de participation, la direction de l'établissement ne respecte pas les droits des usagers et contrevient aux dispositions de l'article D 311-3 du CASF.	Inj.11	Organiser la participation et l'information des jeunes et de leurs familles en instituant un conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation. Il est attendu la transmission des éléments de preuve tels que le procès-verbal du résultat des élections et le compte-rendu de la première réunion.	Article D 311-3 du CASF	La procédure est rédigée ; les élections sont prévues le 27 juin avec une première réunion du CVS première quinzaine de juillet. <u>Pièce 30</u> : Support de présentation au CA et aux équipes <u>Pièce 31</u> : Procédure <u>Pièces 32a à 32e</u> : Courriers candidatures jeunes, familles et professionnels	Injonction maintenue 6 mois Des preuves d'enclenchement de la démarche sont transmises et les documents mentionnent une élection au 24 juin 2024, néanmoins il est attendu la transmission des éléments de preuve tels que le procès-verbal du résultat des élections et le compte-rendu de la première réunion.

Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)

La mission a réceptionné fin juillet 2024 les procès-verbaux (PV) des élections du CVS et la note d'information [REDACTED] ainsi que le CR de la première réunion qui a eu lieu le [REDACTED]. Les réunions suivantes ont eu lieu les [REDACTED]. Pour ces dernières réunions, l'ordre du jour a été transmis (pièces 109 a et b).

Analyse des pièces transmises :

Le document 64a ne concerne que l'élection des représentants des personnes accueillies. [REDACTED] sièges sont pourvus. Il y avait [REDACTED] inscrits et [REDACTED] votants dont [REDACTED] votes valablement exprimés. La décision instituant le CVS n'a pas été transmise de sorte que la visibilité de l'ensemble des membres composant le CVS n'a pu être constatée que sur la base d'une feuille d'émargement transmise à l'occasion de la visite du 6 mars 2025.

Sur la feuille d'émargement de la réunion du [REDACTED] représentants de jeunes sur les [REDACTED] élus étaient présents. [REDACTED] représentants de familles étaient également présents, plus un représentant des salariés, la directrice et son adjoint et un représentant de l'administrateur. La composition est conforme à la réglementation.

Lors de la première réunion du CVS, le président et vice-président ont été élus : Le président a été désigné avec un mandat de 2 ans (du 27/06/2024 au 27/11/2026). Sa prise de parole à ce moment là atteste du sérieux avec lequel il prend ce rôle : "J'ai été élu pour apporter quelque chose de nouveau au sein de l'établissement, et je serai à l'écoute de chacun (jeune, famille, personnels)", en cas de mon absence, je serai suppléé par le Vice-Président élu. »

Lors du CVS du [REDACTED] la révision du règlement a été abordée. Le CR fait état des discussions concernant les repas, le mobilier, les locaux, les équipements , la demande de plus de surveillance au niveau des chambres [REDACTED].

Les invitations aux CVS des [REDACTED] présentent les ordres du jour qui prévoient plusieurs points permettant de couvrir une grande partie de l'organisation et du fonctionnement de la structure.

Le 6 mars 2025, la mission a mené plusieurs entretiens qui ont abordé la question du fonctionnement du CVS, il ressort de façon unanime une grande satisfaction quant à la mise en place de cette instance et de son fonctionnement. Les jeunes se sont appropriés la démarche et le CVS permet de porter un objectif thérapeutique avec des effets bénéfiques sur la posture des représentants des jeunes et sur la prise de parole. Les représentants des jeunes sont acteurs de leur prise en charge au sein de l'ITEP et ne subissent plus l'ITEP. Cet effet de valorisation du point de vue des jeunes au sein du CVS s'est propagé de façon plus large dans le fonctionnement des unités de vie avec des jeunes qui apparaissent force de propositions, à titre d'exemple pour l'organisation des journées portes ouvertes ou pour les décorations des espaces de vie. Selon les entretiens, les parents sont également de plus en plus impliqués, témoignant d'une nouvelle dynamique à l'œuvre dans la participation et l'information des jeunes et de leurs familles.

Le CVS fonctionne et se réunit périodiquement. La mission a eu accès à une liste d'émargement et à un CR de réunion du mois de décembre 2024. Selon la liste d'émargement, il apparaît que la composition du CVS est conforme aux dispositions de l'article D311-5 du CASF. La mission note que la formalisation des CR pourrait être améliorée (rédaction, adoption du règlement de fonctionnement, désignation d'un secrétaire, signature des PV) et rappelle que plusieurs articles du CASF précisent les attendus sur ces aspects (Cf articles D311-19⁸ et D311-20⁹ du CASF) ; néanmoins le fonctionnement de l'instance paraît satisfaisant et l'établissement a ainsi satisfait à l'injonction de mise en place du conseil de la vie sociale.

L'établissement a satisfait à l'injonction.

⁸ **Article D311-19 CASF** : Le conseil établit son règlement intérieur dès sa première réunion.

⁹ **Article D311-20** : Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants des familles ou représentants légaux, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président. Il est transmis en même temps que l'ordre du jour mentionné à l'article D. 311-16 en vue de son adoption par le conseil. Il est ensuite transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E19 : L'établissement ne déclare pas tous les EI/EIG tels que les incendies, les fugues, et vraisemblablement les suspicions de maltraitance, comme le prévoient le décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de déclaration des structures sociales et médico-sociales et à son arrêté d'application du 28 décembre 2016.</p> <p>Une feuille de signalement, en intra-établissement, des événements indésirables (EI) a été adressé à la mission, à sa demande. Elle spécifie la nécessité de la transmettre par voie hiérarchique, immédiatement en cas d'EI grave (EIG) ou sous 24 h en cas d'EI non grave. Mais elle ne rappelle pas la définition de ce qui caractérise la gravité d'un EI.</p> <p>En outre elle se termine par une décision, objectivée par le choix entre deux cases à cocher, avant la signature du décisionnaire pour la déclaration à l'ARS (oui ou non) sans en préciser les motivations réglementaires.</p> <p>Cette fiche, établie en janvier 2024 n'est donc pas satisfaisante et explique peut-être en partie les cas d'inobservations de l'obligation de signalement à l'ARS.</p>	Inj.12	<p>Déclarer systématiquement et sans délai les dysfonctionnements graves susceptibles de perturber le fonctionnement de l'établissement ou d'altérer ses prises en charge et les EIG dont ceux portant notamment sur les suspicions de maltraitance sur mineurs et sur les fugues. Cet objectif avait fait l'objet d'un projet d'injonction levé lors de la phase contradictoire.</p> <p>Mettre à jour la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG.</p>	<p>Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 et arrêté du 28 décembre 2016</p>	<p>La procédure est rédigée et diffusée pour traçabilité et transmission des EIG aux autorités.</p> <p><u>Pièce 33</u> : Procédure EIG</p> <p><u>Pièce 34</u> : Formulaire d'informations</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>1 mois</p> <p>Le document transmis n'est pas une procédure. Il manque les informations sur le rédacteur, le valideur, les personnes à qui s'adressent la procédure, les modalités de diffusion et de sensibilisation des professionnels à la procédure, ainsi que la date d'application et la période de validité pour que le document puisse être considéré à proprement parler comme une procédure. En outre, le document ne permet pas de comprendre qui déclare à l'ARS, ni sur quels critères sont appréciés les événements indésirables à déclarer, et semble reposer sur la présidente.</p> <p>Le rôle de la direction et du CODIR est éludé. L'opérationnalité de la procédure interroge.</p>
<p><u>Constats réalisés par la mission suite à l'analyse des pièces transmises (suites d'inspection).</u></p> <p>En 2024 : ■ événements indésirables (EI) ont été déclarés à l'ARS.</p> <p>Lorsque l'ARS (service concerné par les déclarations d'EIG et les réclamations au niveau régional : DREIV) sollicite des éléments suite à des réclamations, une relance est nécessaire.</p> <p>Une procédure relative aux dysfonctionnements, EI/EIG/EIGS a été transmise. Elle indique page 16 que lorsque l'EI est résolu, il est présenté au CVS.</p> <p>La fiche relative aux EIGS pourrait être davantage complétée, notamment par des illustrations (exemples) afin de mieux identifier ce qu'est un EIGS.</p> <p><u>Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)</u></p> <p>La mission a pu prendre connaissance des différents RETEX et analyses des causes ainsi que des plans d'action proposés suite aux trois EIG déclarés en 2024 particulièrement graves.</p> <p>D'autre part, le compte-rendu non signé du CVS du ■■■■■ fait état des divers événements indésirables intervenus au sein de l'établissement.</p> <p>Conclusion : les mesures correctives sont mises en œuvre.</p>					

Ecart constaté Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E9 : L'organisation de l'hébergement des petits, la nuit, avec les portes fermées contrevient au principe de surveillance adaptée des enfants tel qu'il est posé à l'article D 312-59-17 du CASF.</p> <p>E20 : Le désintérêt sur les conditions d'accueil et d'installation des jeunes, leur confort et sécurité contrevient aux dispositions de l'article L 312-1 II du CASF¹⁰ et porte les germes d'une maltraitance institutionnelle et s'inscrit dans les caractéristiques de la définition de la maltraitance telle qu'elle est énoncée à l'article L 119-1 du CASF.</p>	Inj.13	<p>L'organisme gestionnaire et la direction de l'ITEP doivent prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les unités de vie favorisent le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies. Toute disposition et organisation doivent être prises pour garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.</p> <p>Il est attendu en particulier la transmission des preuves du changement effectif des serrures, la formalisation des protocoles de surveillance la nuit, des preuves de l'engagement des travaux de remise en état de la chambre incendiée, les preuves de la sollicitation de la commission de sécurité et à leur suite les nouveaux procès-verbaux.</p>	<p>Article L 311-3 du CASF Article L312-1 II du CASF Article L 119-1 du CASF</p>	<p>En février 2024, une réunion avec La Présidente, le Responsable des Services généraux et la DG de transition les éducateurs des lieux de vie a permis de lister les travaux à réaliser, réagencement nécessaires, achat de mobilier...</p> <p>Des réunions de reporting régulières se tiennent pour le suivi et l'avancement des travaux.</p> <p><u>Pièce 35</u> : Compte rendu réunion 8 février</p> <p><u>Pièce 36</u> : Liste des travaux et actions mises en œuvre avec échéancier</p> <p><u>Pièces 37 à 40</u> : Factures pour mise en place des nouvelles serrures</p> <p>Les travaux dans la chambre incendiée ont été réalisés. Nous sommes dans l'attente de la facture.</p> <p><u>Pièce 41</u> : Protocole de surveillance de nuit</p> <p><u>Pièce 42</u> : Convocation Commission de sécurité du 21 mai 2024 pour les locaux du Château</p>	<p>Injonction maintenue</p> <p>6 mois</p> <p>La commission de sécurité compétente sur le bâtiment de l'ITEP des grands, concerné par le problème de sécurité incendie n'a pas été sollicitée. Il est attendu des preuves de la réalisation des travaux dans la chambre incendiée.</p> <p>La transmission des éléments relatifs à la commission de sécurité du château permet de constater que les engagements de l'organisme gestionnaire sur la réouverture du château après les vacances de février (mail de la présidente en date du 16 février 2024) ne sont pas tenus.</p> <p>Un guide pratique pour la surveillance de nuit a été transmis.</p> <p>Les factures transmises pour la mise en place de serrures datent du 30 novembre 2023 et sont ainsi relatives à la mise en œuvre expérimentale du système sur une partie des bâtiments dont la mission avait été informée lors des entretiens le jour de la visite sur site. L'annexe au CR de la réunion du 8 février 2024 mentionne en effet la demande des services généraux de mise en place du système dans les bâtiments d'hébergement des enfants et des adolescents.</p> <p>Les éléments transmis ne répondent aucunement aux mesures correctrices demandées. La transmission de documents antérieurs à la visite sur site est de nature à introduire de la confusion et induire la mission d'inspection en erreur.</p> <p>Outre la transmission des éléments de preuve déjà mentionnée ci-contre, et rappelé ci-après, il est demandé la transmission des CR ou tableau de suivi des reportings hebdomadaires pour le suivi et l'avancement des travaux.</p> <p>Il est attendu la transmission des preuves du changement effectif des serrures dans les bâtiments d'hébergement, des preuves de l'engagement des travaux de remise en état de la chambre incendiée, les preuves de la sollicitation de la commission de sécurité et à leur suite les nouveaux procès-verbaux.</p>

¹⁰ Extrait de l'article L 312-1 II du CASF : « Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret. Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis. »

Analyse des pièces transmises après la LD (suites d'inspection)

Un devis pour la rénovation des pavillons a été transmis à la mission. Il comprend notamment la rénovation des chambres, couloirs et cages d'escaliers (■ chambres et ■ cages d'escaliers) pour un montant ■■■■■■■■■■. Celui-ci est daté et signé du 25 juillet 2024.

Le solde de tout compte des travaux a été transmis pour un montant de ■■■■■■■■■■
(Transmissions 24/09/2024 et 30/12/2024)

Concernant les serrures, un devis signé et daté a été transmis. Néanmoins, les factures et la preuve de l'effectivité des travaux n'ont pas été portées à la connaissance de la mission.

■ factures concernant la remise en état de la chambre incendiée ont été transmises à la mission (transmission 24/09/2024).

Concernant la commission de sécurité, un avis défavorable concernant le bâtiment château destiné à l'usage de ■ bureaux et ■ locaux de stockage au ■ étage et ■ bureaux et une salle d'attente au RDC, a été émis suite à la visite du ■■■■■■■■■■

Plusieurs factures ont été transmises concernant des travaux relatifs aux attentes de la commission.

Une nouvelle visite était programmée le ■■■■■■■■■■.

Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)

La mission a pu constater que les pavillons des grands ont été rénovés. L'un des salons a fait l'objet d'un véritable projet éducatif avec les jeunes qui ont participé à sa réflexion et réfection. Les travaux de remise en état de la chambre incendiée ont pu être constatés lors de la visite. L'ensemble des chambres, couloirs et cages d'escalier de ces pavillons ont également été rénovés. Les serrures ont été changées.

La mission a également pu constater une amélioration dans l'aménagement et le confort des locaux d'accueil des petits.

Néanmoins, la mission a pu relever que dans plusieurs chambres, la température de l'eau des douches restait froide, même après avoir appuyé plusieurs fois sur le bouton poussoir de la douche (absence de mitigeurs pour régler directement la température de l'eau à la convenance du jeune).

De plus, la procédure formalisée de surveillance de nuit n'a pas été transmise à la mission, et son existence n'a ni pu être constatée sur place, ni lors des entretiens.

Concernant la Commission de sécurité, le PV de la visite du ■■■■■■■■■■ émet un avis favorable à l'ouverture au public des bureaux du bâtiment Château, assorti néanmoins de prescriptions. Les autres locaux du château, hormis la cuisine, restent sous avis défavorable.

En conclusion, l'injonction est partiellement mise en oeuvre.

Ecart constatés Rapport d'inspection du 1 ^{er} février 2024	N°	Injonctions envisagées Lettre du 26 avril 2024	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire les 22 et 26 mai 2024	Notification de décisions définitives par lettre réceptionnée le 27 juin 2024
<p>E21 : Le climat social délétère et les conflits entre les salariés ne permettent pas d'assurer un environnement propice à une bonne qualité de prise en charge des jeunes, ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF.</p> <p>R10 : L'établissement ne dispose pas de DUERP alors que la dégradation du climat social est signalée depuis des années.</p>	Inj.14	<p>Le gestionnaire et la direction doivent prendre toutes les mesures nécessaires au rétablissement d'un climat de travail apaisé de nature à remettre les besoins des jeunes au centre des priorités des professionnels et proposer un environnement favorable à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion du jeune, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé.</p> <p>Il est attendu en particulier la transmission du DUERP et les éléments de suivi de sa mise en œuvre.</p>	Article L 311-3 du CASF	<p>L'apaisement des équipes dans les différents espaces de réflexion et de travail institutionnel est progressivement en cours.</p> <p>Une présentation de la démarche du DUERP a été effectuée auprès des IRP du CSE en date du 14 mars 2024</p> <p>Un calendrier a été défini pour la tenue des groupes de travail.</p> <p><u>Pièce 43</u> : Calendrier</p> <p><u>Pièces 44 et 45</u> : Documents présentés aux IRP CSE du 14 mars 2024</p>	<p>Injonction maintenue 3 mois</p> <p>La mission note qu'aucune mesure concrète n'est proposée par l'organisme gestionnaire pour l'apaisement du climat de travail et que plusieurs membres de l'équipe de direction sont partis depuis l'inspection du 1^{er} février (██████████). Aucune des procédures transmises ne comportent de précision sur la méthodologie de leur rédaction ou sur les modalités de leur diffusion et l'association des professionnels. Les documents transmis montrent ██████████ (procédure de déclaration des EIG, procédure de rédaction des projets personnalisés, etc.) au détriment de la délégation de responsabilité à la directrice.</p> <p>Le calendrier d'élaboration du DUERP prévoit des groupes de travail avec les représentants du personnel sur quatre séances réparties entre le 11 juin et le 16 juillet 2024, ce qui paraît peu opérationnel. Les modalités d'association des professionnels à la réflexion sont passées sous silence.</p> <p>L'organisme gestionnaire n'a pas pris la mesure des actions à mener pour le rétablissement du climat de travail, lequel constitue un prérequis pour assurer des conditions d'accueil favorable à une prise en charge de qualité des jeunes.</p>
<p>Analyse des documents transmis en amont de la visite du 6 mars 2025 :</p> <p>L'établissement a transmis un DUERP validé par le CSE du ██████████. Ce document est censé comprendre deux annexes, la première sur la démarche d'élaboration du DUERP et la deuxième sur la grille d'évaluation des risques. Ces annexes n'ont pas été transmises. Les explications sur la méthodologie employée face aux contraintes, transmises par l'organisme gestionnaire le ██████████ ne sont pas pleinement satisfaisantes dans la mesure où des actions correctrices sont renvoyées à des négociations ultérieures (accord sur la qualité de vie au travail à négocier dans le cadre des NAO) ou sont conditionnées par l'octroi de financements en CNR pour des formations sur la qualité de vie au travail.</p> <p>De façon globale, les documents transmis permettent de constater qu'un dialogue est établi avec les représentants de CSE et une structuration des supports des échanges est en train de se mettre en place (██████████). La mission note toutefois que dialogue pré-existait déjà et ne faisaient pas l'objet de demandes de mesures par l'ARS.</p> <p>Les pièces ██████████ sont uniquement des devis. Il n'est pas possible de savoir si ces formations ont eu lieu, ni auprès de qui en l'absence de factures acquittées et d'attestations de formations. La précision du gestionnaire sur l'attente de réponses sur l'obtention de crédits pour la mise en œuvre de ces formations semble confirmer que ces formations sont des projets de formations. Aucune précision n'est apportée sur la désignation d'un éventuel référent santé, sécurité et qualité de vie au travail (SSQVT).</p> <p>S'agissant du DUERP, la mission note l'absence de caractère opérationnel du document, lequel ne mentionne aucun pilote ni indicateur de réalisation d'actions. Plusieurs actions consistent à « réfléchir à un outil de planification des interventions » ou « Améliorer l'organisation » ou « prévoir la rédaction »... sans préciser qui, ni avec qui, ou les moyens à déployer (le comment).</p> <p>Aucune modalité de suivi n'est prévue.</p> <p>Aucun indicateur ne permet de mesurer l'effectivité et l'efficacité du plan d'actions, en particulier sur les risques psycho-sociaux dont le niveau de criticité est apprécié au seuil le plus élevé (niveau 4). Le niveau de turn-over, absentéisme restent élevés.</p> <p>Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai injonction échu)</p> <p>La visite sur site a confirmé l'absence de désignation de référent sur la thématique SSQVT, l'absence de formations sur la thématique, et le fait que le travail sur le DUERP a été mis en attente dans la perspective de travail avec la médecine de prévention et le changement de responsable des services généraux.</p> <p>Les éléments remis par l'établissement sur l'absentéisme n'ont pu être exploités (documents bruts d'absence salarié par salarié, typologie par typologie d'absence au format pdf). Il ressort des entretiens, une période difficile dans l'hiver au niveau de l'absentéisme. Les éléments transmis sur le taux de rotation démontrent un changement de ██████% des salariés sur la seule année 2024 avec ██████ démissions ou fin de période d'essai à la demande du salarié, ██████ ruptures conventionnelles et ██████ licenciements ou fin de période d'essai à la demande de l'employeur. Ces données de bilan social attestent d'une situation compliquée pour l'établissement sur l'année 2024.</p> <p>Lors de la visite du 6 mars 2025, les entretiens menés avec les membres de la direction et les professionnels et représentants du CSE ont permis d'apprécier le climat social. La mission a pu constater un climat apaisé, des jeunes qui paraissent sereins et des professionnels remis au travail autour de projets éducatifs pour les jeunes. La direction s'attache à créer une culture commune en travaillant sur une organisation qui permet des espaces d'échanges entre professionnels et des espaces de réflexion et d'élaboration. Quelques licenciements ont été effectués pour des problèmes de postures professionnelles et des groupes d'analyse de pratiques ont été mis en place, d'abord pour les éducateurs, puis dans un second temps pour les chefs de service, le coordonnateur pédagogique et l'éducateur technique. Ces groupes d'analyses de pratiques pour les cadres permet de consolider le socle de direction selon les entretiens, et ils sont très appréciés au niveau des équipes depuis le changement d'intervenant qui recentre les échanges sur la clinique et le travail auprès des enfants.</p> <p>Les professionnels entendus ont été unanimes sur l'amélioration du climat, sur l'écoute de la direction et la nouvelle dynamique en place au sein de l'établissement qui leur permet de travailler dans de meilleures conditions : locaux rénovés, mise en place du système d'information, concertation sur les projets, possibilité de mise en œuvre de projets à leur initiative.</p> <p>S'agissant du DUERP, une dynamique est lancée, l'identification des risques professionnels a été faite avec les élus CSE et des actions sont en cours avec la médecine du travail, le plan d'actions sera développé dès réception du rapport de la médecine du travail. Il convenait d'attendre également l'arrivée du nouveau responsable des services généraux (en poste depuis quelques jours au moment de l'inspection) car une partie des risques identifiés concerne plus particulièrement son secteur d'activité.</p> <p>En conclusion, si le travail de formalisation et de suivi du DUERP reste à consolider, et en dépit d'un taux de rotation qui reste élevé sur la structure, la mission a constaté sur place que les réorganisations et actions mises en œuvre par l'organisme gestionnaire ont des impacts positifs sur le climat de travail et le rétablissement d'un environnement favorable à une prise en charge et un accompagnement de qualité pour les jeunes accueillis.</p> <p>En ce sens l'établissement satisfait à l'injonction.</p>					

2.2 Prescriptions

Ecarts constatés Rapport d'inspection du 25 mai 2023	N°	Prescription envisagées	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire
E14: Les armoires à médicaments sont endommagées et non fermées à clef, ce qui contrevient à l'article R 5126-109 du CSP.	Pr.1	Sécuriser le circuit du médicament depuis le stockage dans les lieux d'hébergement à la préparation des piluliers et la traçabilité de la distribution et de la prise effective des médicaments : a) Sécuriser le stockage des médicaments dans les locaux d'hébergement dans des armoires à pharmacie fonctionnelles et les tenir fermées à clef. b) Sécuriser la préparation des piluliers par un professionnel diplômé et habilité. c) Former et sensibiliser les professionnels à la traçabilité de la distribution et de la prise effective des médicaments.	Article R 5126-109 du code de la santé publique (CSP) Article L 313-26 du CASF et L 312-1 II du CASF.	Nous faisons appel à une infirmière en intérim qui passe sur un temps très partiel pour la réalisation des piluliers ; en cas de besoin nous travaillons avec une pharmacie avec laquelle nous allons mettre en place une convention de réalisation des piluliers.	Prescription maintenue 3 mois La réponse ne concerne que le point b) relatif à la préparation des piluliers. Aucune réponse n'est apportée sur les modalités de stockage des médicaments, ni sur la formation des professionnels à la traçabilité de la distribution et de la prise effective des médicaments.

Analyse des réponses transmises par l'établissement en amont de l'inspection et constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai prescription échu)

L'établissement a transmis les éléments de réponse suivants respectivement fin juillet 2024 et fin septembre 2024 :

Fin juillet 2024 :

Une nouvelle convention a été signée avec une officine de pharmacie située dans la ville de Pontoise. Elle est effective depuis la rentrée. Les commandes sont désormais délivrées dans des sachets individualisés au nom de l'enfant.

Un document a été élaboré pour le suivi avec la pharmacie principale de la commande à la réception des prescriptions

A réception, les médicaments sont rangés dans des casiers individuels situés à l'infirmerie où dans chaque casier nominatif (nom + prénom + date de naissance + lieu de vie), on retrouve le traitement de l'enfant (chaque boîte nommée aux noms et prénoms de l'enfant) ainsi que la copie de l'ordonnance en cours. Ces casiers se trouvent dans une armoire métallique située derrière le bureau de l'aide-soignante dans l'infirmerie (Cf photo) qui ferme à clé avec un accès strictement réservé à l'IDE et l'AS. Cela a pu être vérifié par la mission.

Une fiche de traçabilité des piluliers a été rédigée. Elle permet une traçabilité de la confection à la distribution des médicaments.

Une fiche d'administration des traitements a été mise en place. Elle est nominative pour chaque jeune sous traitement. Elle est réactualisée tous les mois ou si besoin en cas de changement de traitement. Elle permet d'émarger à chaque délivrance du traitement par le personnel médical (IDE, AS) ou par l'équipe éducative. Des fiches d'administration des médicaments renseignées et signées ont été constatées par la mission. Néanmoins, elles n'étaient pas systématiquement renseignées et à jour sur la semaine de l'inspection.

Fiche de traçabilité du mois de mars 2025 non renseignée au 6 mars 2025

Enfin, pour rappel, dans chaque groupe de vie, sont installées des armoires à pharmacie. Les piluliers et autres traitements sont ainsi sous clés, accompagnés des ordonnances avant administration. La fiche d'administration est affichée dans le bureau des éducateurs de chaque unité de vie.

La procédure du circuit du médicament est en cours de rédaction par l'infirmière et l'aide soignante. En revanche, les éducateurs ont été à plusieurs reprises sensibilisés aux modalités de distribution des médicaments courant du mois de juin 2024 au cours des réunions d'équipe des groupes de vie.

Pièces transmises :

Pièces 92a et b : Convention pharmacie

Pièce 92c : Suivi reception médicaments

Pièce 92d : casiers individuels

Pièce 92e : Traçabilité des Piluliers

Pièce 92f : Exemple de fiche de prescription et administration des documents

Fin Septembre 2024 :

En complément des informations transmises précédemment, l'équipe de l'infirmierie a rédigé une procédure de circuit du médicament.

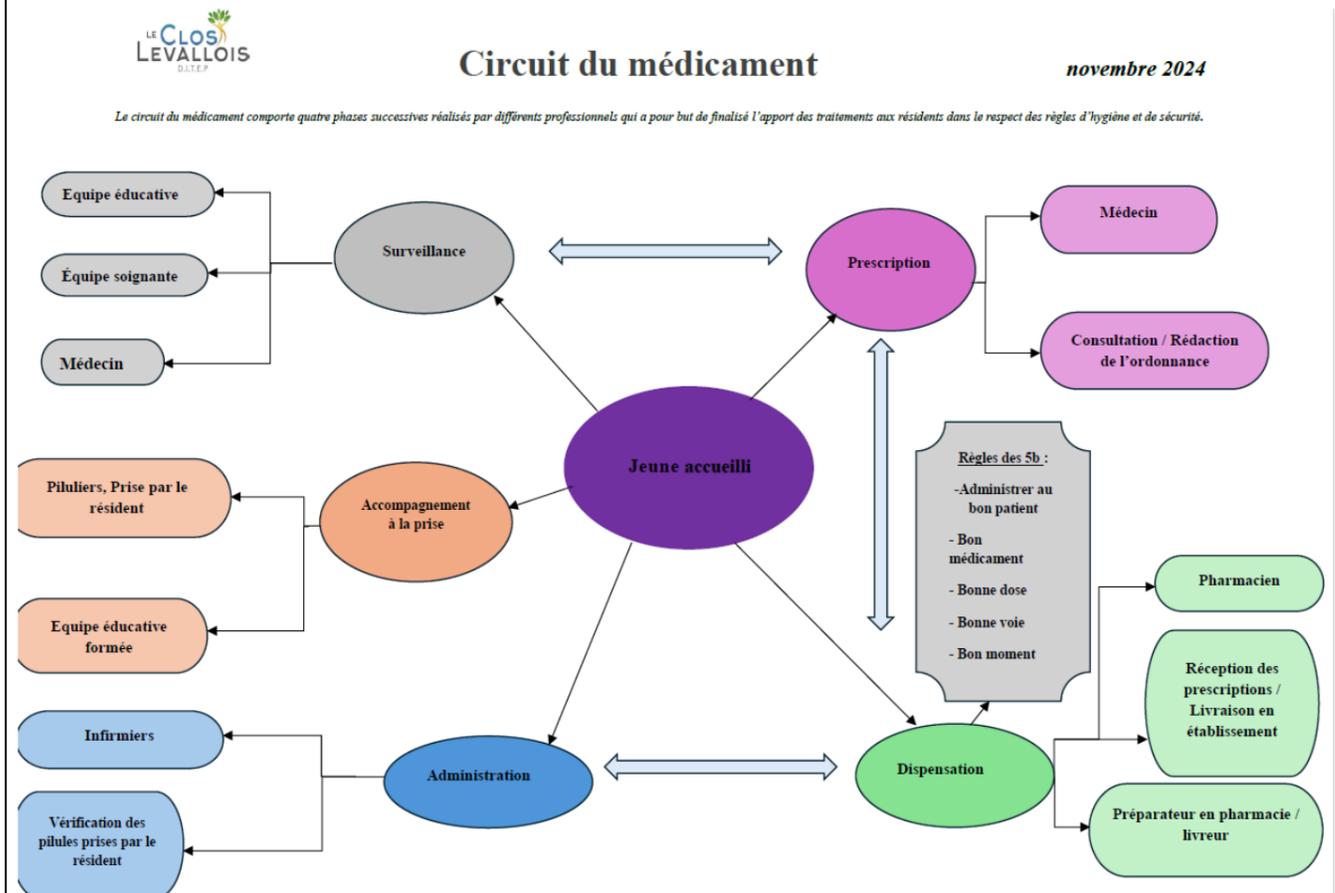
L'infirmière a aussi suivi une formation le 7 novembre assurée par la STARAQS concernant la Déclaration et gestion d'un évènement indésirable médicamenteux en ESMS Handicap.

Éléments probants transmis :

Pièce 114 : Circuit du médicament

Pièce 115a : Attestation STARAQS formation EI médicamenteux

Pièce 115b : support de formation présenté aux équipes



Circuit du médicament au sein du DITEP (pièce n°114)

Constats réalisés par la mission le 6 mars 2025 (délai prescription échu)

Lors de la visite du 6 mars 2025, la mission a constaté la réparation des armoires à pharmacie présentes dans les bureaux des éducateurs à l'ITEP des petits. Les armoires à pharmacie étaient fermées à clé avec un boîtier sécurisé en dessous ou à côté pour le rangement de la clé. L'un des boîtiers à clé n'était pas fermé, laissant la clé de l'armoire à pharmacie accessible. Les armoires renferment des pansements, du doliprane et les traitements individuels des enfants dans des pochettes piluliers avec des séparations pour chaque jour de la semaine. Le rappel du traitement avec son dosage et le moment de l'administration est indiqué sur une étiquette à l'intérieur du pilulier. Les piluliers sont préparés par une infirmière,

actuellement recrutée en CDD, pour pallier l'absence de la titulaire en congé parental. L'infirmière dépose les piluliers préparés dans les armoires au sein des unités, soit le vendredi, soit le lundi. L'IDE ou l'aide-soignante passent dans les unités tous les matins pour donner les médicaments ou vérifier qu'ils ont été administrés, lorsque par exemple un jeune doit partir tôt et que le traitement a été donné par l'éducateur. La mission note que les procédures sur le circuit du médicament dans les bureaux des éducateurs sont anciennes et non mises à jour, en particulier sur l'identité des interlocuteurs en interne (soignants et de direction).

En conclusion : Au jour de l'inspection, **l'établissement satisfait aux trois points de la prescription**. La mission souligne néanmoins la fragilité du dispositif (incertitude sur la pérennité d'une présence infirmière) et la nécessité de faire des rappels réguliers pour la sécurisation du stockage des médicaments (maintenir fermés les armoires et les boîtiers à clés) et la bonne traçabilité de la prise médicamenteuse.



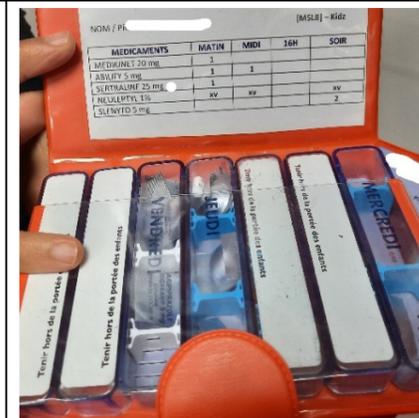
Armoire à pharmacie fermée avec boîtier sécurisé de clé dans un bureau éducateur- ITEP petits



Armoire à pharmacie fermée mais avec boîtier sécurisé de clé ouvert dans une autre unité de l'ITEP des petits



Armoire dans infirmerie, fermant à clé avec les casiers individuels des traitements des enfants



Intérieur d'un pilulier d'un enfant

FICHE DE PRESCRIPTION ET D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

INFORMERIE

Phoenix

DIPTION

MOIS : du 6 janvier au 31 janvier 2025

MÉDICAMENTS / DOSAGE	MATIN			MIDI			SOIR		
	M	M	S	M	M	S	M	M	S
250mg									
mg									
10 mg									
50 mg									
100mg									

Nom + signature

Fiche de traçabilité de l'administration des médicaments

Ecart constatés Rapport d'inspection du 25 mai 2023	N°	Prescription envisagées	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire
E16: Le personnel n'est pas formé aux soins d'urgence, ce qui contrevient à l'arrêté du 30 décembre 2014 modifié par l'arrêté du 1er juillet 2019 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, lequel spécifie que tout le personnel exerçant dans un établissement médico-social doit être formé.	Pr.2	Former le personnel aux soins d'urgence.	Arrêté du 30 décembre 2014 modifié par l'arrêté du 1er juillet 2019 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence	18 salariés ont suivi la formation SST en 2022. 12 vont avoir une journée de recyclage le 3 juin et 10 autres salariés auront une journée de formation initiale SST. Ces actions de formation sont intégrées au plan de développement des compétences. <u>Pièce 46a et b</u> : Devis <u>Pièce 47</u> : Liste des salariés déjà formés <u>Pièce 48a, b et c</u> : Emargements des Formations SST en 2022	Prescription maintenue 6 mois L'organisme gestionnaire et la direction confondent la formation de sauveteur secouriste du travail (SST) et l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) prévue par l'arrêté du 30 décembre 2014 modifié ¹¹ .

La mission d'inspection du 1^{er} février 2024 avait constaté que le personnel n'était pas formé aux soins d'urgence, ce qui contrevient à l'arrêté du 30 décembre 2014 modifié par l'arrêté du 1er juillet 2019 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, lequel spécifie que tout le personnel exerçant dans un établissement médico-social doit être formé (écart n°16).

Pour corriger ce manquement, la prescription n°2 de la lettre des décisions définitives, que l'établissement a reçue le 27 juin 2024, lui prescrivait de : former le personnel aux soins d'urgence, dans un délai de 6 mois.

Le délai étant échu, l'objectif de la mission est de s'assurer que la mesure a été mise en œuvre.

Etat d'avancement au 6 mars 2025 (délai prescription échu)

La mission a été destinataire de :

- échanges de mails, de décembre 2024, entre l'établissement et [REDACTED] relatifs à une demande de formation AFGSU 1 ;
- plan de développement des compétences de 2024 et de 2025.

Depuis la notification de la mesure, l'établissement a sollicité [REDACTED] pour assurer les formations AFGSU de son personnel. Dans son plan de formation 2024 (pièce n°28), il avait prévu la dispense de la formation au 4^{ème} trimestre. Toutefois, le planning de [REDACTED] étant surchargé, la formation a été reportée à l'année 2025 : [REDACTED]

Le compte rendu de février 2025 de la consultation du CSE sur le plan de développement des compétences précise que tout le personnel (jour et nuit) suivra la formation AFGSU entre mars et juillet 2025.

Aussi, au jour de l'inspection, l'établissement n'a pas formé son personnel aux soins d'urgence, mais la mesure est en cours de mise en œuvre.
Prescription partiellement mise en œuvre au jour de l'inspection.

¹¹Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence :

« Article 1 : L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence prévue à l'article D. 6311-19 du code de la santé publique comprend :

- l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 destinée à l'ensemble des personnels, non professionnels de santé, exerçant au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale ou auprès d'un professionnel de santé dans un cabinet libéral, une maison de santé ou un centre de santé ;
(...) »

Ecart constaté Rapport d'inspection du 25 mai 2023	N°	Prescription envisagée	Texte de référence	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire
E6: En ne retraçant pas, dans le rapport annuel d'activité, la démarche continue d'amélioration de la qualité issue des évaluations, l'équipe de direction ne respecte pas les dispositions de l'article D 312-203 du CASF	Pr.3	Mettre en place le suivi de la démarche qualité et le tracer dans les rapports annuels d'activité.	Article D 312-203 du CASF	La démarche qualité et le suivi seront mis en œuvre dans le cadre des groupes de travail avec les équipes, accompagnée par Tissages Formation.	Prescription maintenue 6 mois Il est attendu la transmission d'éléments probants (plan d'amélioration continue de la qualité, tableau de suivi des actions, rapports annuels d'activité).

Etat d'avancement au 6 mars 2025 (délai prescription échu)

En juillet 2024, les réponses de l'établissement sur cet item reprenaient les éléments de preuve transmis sur la gouvernance associative (pièces 49 à 56).

En septembre 2024, l'établissement annonçait une actualisation du plan d'actions pour la mise en place du plan d'amélioration continue de la qualité et de la démarche, suite à l'évaluation par la cabinet [REDACTED]

Fin décembre 2024, l'établissement transmet son projet d'établissement actualisé (pièce 99) et indique que les principaux axes de la démarche qualité ont été réactualisés avec le projet d'établissement 2025-2030. Ils sont présentés en conclusion du projet.

Les éléments présentés sur la démarche qualité au sein du projet d'établissement constituent des axes de réflexion et d'organisation en groupes de travail thématiques. Néanmoins, la mise en œuvre opérationnelle n'est pas définie en l'absence d'un référent désigné (pilote au sein de l'établissement en charge de la formalisation d'un document PACQ, de l'animation des groupes de travail et du suivi des actions. Le PACQ doit définir des actions, des pilotes, des échéances, des indicateurs.

Les éléments présentés dans le PE rappelle les axes définis par le cabinet [REDACTED] dans le cadre de l'évaluation externe, comme étant à traiter prioritairement :

- les droits et devoirs de la personne accompagnée
- le projet personnalisé d'accompagnement de la personne accueillie
- la prévention et l'éducation à la santé
- le questionnement éthique par les professionnels
- la prévention et la gestion de crise

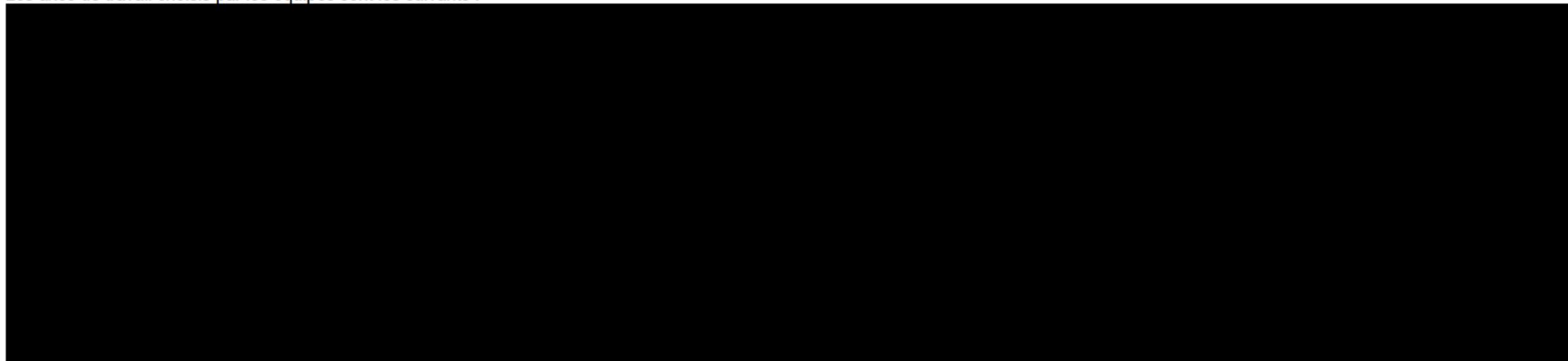
« La démarche d'amélioration continue de la qualité se décline dans un Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) défini pour les 5 années à venir.

Sa mise en œuvre s'organisera à travers différents groupes de travail où s'engageront les professionnels sur la base du volontariat. Ils seront systématiquement pilotés par un Chef de service, membre du Comité de pilotage assurant le suivi.

Les productions de ces groupes seront présentées tout au long de l'année au cours des réunions d'équipes ou des réunions institutionnelles. Elles feront l'objet d'écrits qui viendront abonder les fiches actions du projet d'établissement.

Afin de garantir le suivi et les avancées, un Comité de pilotage se réunira deux fois par an. Il sera composé de la Direction, des responsables de service et d'un représentant du CSE. Ce point d'étape permettra de mesurer les avancées dans l'amélioration de la qualité. Il sera aussi intégré dans le rapport d'activité annuel. »

Les axes de travail choisis par les équipes sont les suivants :



Objectif : adapter l'accompagnement au plus près des besoins des jeunes en s'appuyant sur toutes les ressources du DITEP

La mission note que ces axes de travail ambitieux s'apparentent davantage à un projet d'établissement à mettre en œuvre qu'à un plan d'amélioration de la qualité, lequel s'alimente des constats des évaluations externes, des rapports d'audits et d'inspection et des plaintes et signalements, des enquêtes de satisfactions, etc

Constats le jour de la visite sur site le 6 mars 2025 :

La mission a demandé en élément probant le PACQ. Le fichier Excel transmis en guise de PACQ s'avère être un plan de pilotage du DITEP sur l'année 2025. Certes, les orientations stratégiques, les objectifs, les actions (84 actions identifiées) avec identification de pilotes et d'échéance et une colonne commentaire ressemblent à un PACQ, mais comme il est rappelé au-dessus, le PACQ doit avoir plusieurs sources d'alimentation et n'est pas censé concerner l'organisme gestionnaire. La mission note que l'établissement fait l'effort de formaliser les actions et de les suivre par des tableaux de bord. Pour l'instant, c'est la directrice qui essaie de construire la démarche.

Les retours d'expérience sur les EIG sont également suivis de plans d'actions. Une amorce de la qualité se met en place. L'établissement étudie la proposition d'un cabinet extérieur pour un accompagnement d'un référent qualité externalisé.

Les éléments transmis dans le cadre de la visite sur site sont plus probants que les transmissions antérieures et sont surtout plus opérationnels. Une dynamique qualité s'instaure et est à poursuivre.

En conclusion, la mission considère que l'établissement a en grande partie répondu à la prescription, mais reste dans l'attente de la transmission du rapport annuel d'activité 2025.

3 Conclusion

Au terme de la journée sur site et de l'analyse des documents transmis les jours suivant cette visite, la mission considère que la situation de l'établissement a évolué de manière très positive et de façon significative, permettant de constater la mise en œuvre des mesures correctrices complètement pour 6 injonctions et partiellement pour 6 autres sur les 14 notifiées et complètement pour 1 prescription et partiellement pour les 2 autres sur les 3 notifiées.

La mission a constaté un climat social apaisé et un recentrage des pratiques professionnelles autour des besoins des jeunes et des objectifs éducatifs. Les groupes d'analyse de pratiques professionnelles sont réguliers et répondent aux attentes des professionnels en terme d'échange sur la clinique et les pratiques professionnelles.

Les unités de vie offrent désormais un cadre plus accueillant et confortable que les jeunes investissent. Plusieurs actions ont permis de valoriser et faire participer les jeunes à leur prise en charge : la mise en place du CVS, leur participation aux réflexions d'organisation des journées portes ouvertes, la mise en place de la télé-médecine, la mise en place de projets éducatifs sur des groupes pour la participation des jeunes à la rénovation de leurs unités de vie, y compris sur les choix architecturaux d'intérieur.

Ces évolutions sont à mettre au crédit de la nouvelle direction. Les professionnels entendus ont été unanimes sur l'amélioration du climat, sur l'écoute de la direction et la nouvelle dynamique en place au sein de l'établissement qui leur permet de travailler dans de meilleures conditions (locaux rénovés, mise en place du système d'information, concertation sur les projets, possibilité de mise en œuvre de projets à leur initiative).

La mission note toutefois que la dynamique d'amélioration constatée reste fragile, parce qu'elle repose sur les personnalités de la nouvelle gouvernance (direction et présidence associative) et non sur un fonctionnement institutionnalisé. La présidence associative n'est pas stabilisée : le nouveau président depuis le CA du 3 février 2025 est [REDACTED] et n'a pas vocation à rester sur ces fonctions. De nouvelles élections auront lieu en [REDACTED] 2025. Une nouvelle présidente serait pressentie. Dans l'attente, le rapprochement avec [REDACTED] n'est plus à l'ordre du jour.

La mission souligne la nécessité d'un portage institutionnel (de la direction et de l'organisme gestionnaire) de la dynamique de modernisation et d'évolution des pratiques professionnelles au sein du DITEP.

Cette dynamique d'évolutions doit être confortée par la clarification institutionnelle des responsabilités des différents acteurs : présidence associative, rôle des membres du CA et membres de la direction (le DUD doit évoluer et l'association doit se structurer pour équilibrer les pouvoirs entre présidence et membres du CA).

Ainsi un grand travail reste encore à mener pour répondre à l'ensemble des injonctions, en particulier sur les projets personnalisés d'accompagnement et la qualification des professionnels ainsi que sur l'opérationnalité et l'appropriation des documents institutionnels (PE, DUERP, PACQ). L'établissement part de très loin (retard cumulé important) et a besoin d'un peu plus de temps pour mener à bien tous les chantiers.

3.1 Mesures pour lesquelles les actions correctrices ont été constatées

Type et numéro de la mesure	libellé
Injonction 3	Elaborer le projet de l'établissement à partir de l'analyse des remontées des professionnels et de la réponse à l'évolution des besoins des enfants, et le faire adopter par les instances selon les exigences réglementaires. Y inclure une ouverture de l'établissement à l'accueil d'enfants des deux sexes et prévoir les modalités et conditions d'accueil.

	Dans l'attente de la rédaction du projet d'établissement, transmettre la méthodologie et le calendrier (rétroplanning) permettant de s'assurer de la dynamique et du suivi et respect des échéances.
Injonction 4	Engager l'établissement dans la démarche d'évaluation de la qualité de ses prestations par un organisme accrédité, et transmettre les résultats de l'évaluation à l'ARS
Injonction 7	Compléter l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement (██████████).
Injonction 11	Organiser la participation et l'information des jeunes et de leurs familles en instituant un conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation.
Injonction 12	Déclarer systématiquement et sans délai les dysfonctionnements graves susceptibles de perturber le fonctionnement de l'établissement ou d'altérer ses prises en charge et les EIG dont ceux portant notamment sur les suspicions de maltraitance sur mineurs et sur les fugues. Cet objectif avait fait l'objet d'un projet d'injonction levé lors de la phase contradictoire. Mettre à jour la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG.
Injonction 14	Le gestionnaire et la direction doivent prendre toutes les mesures nécessaires au rétablissement d'un climat de travail apaisé de nature à remettre les besoins des jeunes au centre des priorités des professionnels et proposer un environnement favorable à une prise en charge et un accompagnement de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion du jeune, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé. Il est attendu en particulier la transmission du DUERP et les éléments de suivi de sa mise en œuvre.
Prescription 1	Sécuriser le circuit du médicament depuis le stockage dans les lieux d'hébergement à la préparation des piluliers et la traçabilité de la distribution et de la prise effective des médicaments : a) Sécuriser le stockage des médicaments dans les locaux d'hébergement dans des armoires à pharmacie fonctionnelles et les tenir fermées à clef. b) Sécuriser la préparation des piluliers par un professionnel diplômé et habilité. c) Former et sensibiliser les professionnels à la traçabilité de la distribution et de la prise effective des médicaments.

3.2 Mesures partiellement mises en oeuvre

Type et numéro de la mesure	libellé
Injonction 2	Recruter / Nommer un directeur à temps plein sur la base d'un contrat à durée indéterminée assurant ainsi une stabilité dans le temps de la direction avec une définition claire des périmètres de responsabilité entre les prérogatives de l'organe délibérant et celles du directeur de manière à ce que les missions énumérées à l'article D 312-59-7 du CASF soient pleinement assurées. Garantir une organisation et des outils pour le contrôle effectif par l'association gestionnaire de la bonne application des dispositions de l'article D 312-59-7 du CASF.
Injonction 5	Recruter des professionnels disposant d'un diplôme de travailleur social (éducateur spécialisé et moniteur éducateur) ou engager les professionnels éducatifs dans des formations diplômantes afin de garantir que chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire possède les diplômes ou les équivalences reconnus nécessaires à l'exercice de ses compétences. Dans l'attente des recrutements effectifs, transmettre le plan d'actions (plan de recrutement et de formation).
Injonction 8	Mettre en conformité les locaux médicaux et paramédicaux.
Injonction 9	Informatiser les dossiers individuels, administratifs, pédagogiques et de santé des jeunes ainsi que les plannings et agendas des professionnels et des usagers et des communications entre professionnels. Cet objectif figurait déjà dans l'ancien projet d'établissement ainsi que dans les engagements du CPOM.
Injonction 10	Mettre en œuvre une procédure formalisée d'élaboration, de mise à jour et de signature des PPA.

Injonction 13	L'organisme gestionnaire et la direction de l'ITEP doivent prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les unités de vie favorisent le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies. Toute disposition et organisation doivent être prises pour garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.
Prescription 2	Former le personnel aux soins d'urgence.
Prescription 3	Mettre en place le suivi de la démarche qualité et le tracer dans les rapports annuels d'activité.

3.3 Mesures non satisfaites dans l'attente de l'achèvement des mesures correctrices

Type et numéro de la mesure	libellé
Injonction 1	<p>Mettre en conformité la composition et le fonctionnement de l'organe délibérant de l'association afin de garantir la transparence sur les modalités de prises de décisions touchant au fonctionnement de l'établissement pour lequel l'association a obtenu l'autorisation, et informer l'ARS de tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du DITEP.</p> <p>Il est attendu la transmission des procès-verbaux de l'assemblée générale attestant des élections des membres du conseil d'administration et la liste actualisée de ses membres ainsi que la formalisation des missions des membres du bureau et les comptes rendus des séances du conseil d'administration relatifs à l'établissement.</p>
Injonction 6	Mettre en œuvre un dossier administratif retraçant l'évolution du jeune et regroupant les volets thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques de son PPA ainsi que les comptes rendus de réunions, les autorisations écrites pour sa prise en charge et la description des faits dans le cadre de son accompagnement avec les suites données.

Fait à Saint-Denis le 30 juillet 2025

Florence LALLEMAND JASON IASS- coordinatrice de la mission	Anne-Sophie PELC Inspectrice désignée
SIGNE	SIGNE

4 Glossaire

AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgences
ANESM : aujourd'hui HAS
CA : conseil d'administration
CASF : code de l'action sociale et des familles
CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
COMOP : comité opérationnel
CPOM : convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens
CSP : code de la santé publique
CVS : conseil de la vie sociale
DD : délégation départementale (de l'ARS)
DG directeur-trice général-e
DAE : défibrillateur automatisé externe
DITEP : Dispositif Intégré ITEP
DUD : Document unique de délégation
DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnel
EI/EIG : événement indésirable/événement indésirable grave
ERP : établissement recevant du public
ES : éducateur spécialisé
ESMS : établissement social et médico-social
ETP : équivalent temps plein
ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux
FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
HAS : haute autorité de santé (ex-ANESM)
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IDF : ile-de-France
ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
ME : Moniteur éducateur
OG : organisem gestionnaire
PPA : projet personnalisé d'accompagnement
PAI : projet d'accompagnement individuel
PACQ : plan d'amélioration continue de la qualité
PE : projet d'établissement
PMR : personne à mobilité réduite
PPI : plan pluriannuel d'investissement
PRIC : programme régional d'inspection
RPS : risques psycho- sociaux
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
VAE : Validation des acquis et de l'expérience

5 Annexes

5.1 Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Madame Florence LALLEMAND-JASON, inspectrice
de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale
autonomie santé (IRAS), ARS Île-de-France,

Monsieur Jean-Léon CYUZUZO, Inspection
régionale autonomie santé (IRAS), ARS Île-de-
France,

Madame Anne-Sophie PELC, inspectrice désignée,
Délégation départementale ARS du Val d'Oise,

Madame Sabrina THIEUX, Délégation
départementale ARS du Val d'Oise,

Affaire suivie par Florence LALLEMAND JASON

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le 27 février 2025

Références : 2025_IDF_00013

Objet : Lettre de mission d'inspection

Mesdames, Monsieur,

Situé à Vauréal dans le Val-d'Oise (95490), l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) *Clos de Levallois*, géré par l'Association *Le Clos*, dispose d'une capacité totale de 107 places, dont 92 places en ITEP (internat / semi-internat) et 15 places en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) créées en 2010. Il accueille des enfants et adolescents âgés de 6 à 19 ans. Cet établissement fonctionne depuis 2019 en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (DITEP)¹.

Une première inspection inopinée a eu lieu le 20 octobre 2022, motivée par plusieurs signalements récurrents portant notamment sur des actes de maltraitance et de comportements violents de professionnels à l'encontre de jeunes accueillis dans l'établissement.

Les dysfonctionnements constatés tant sur la gouvernance que sur les recrutements et qualifications des personnels ainsi que sur la prise en charge des jeunes (défaut de formalisation des prises en charge, des projets d'accompagnements individualisés ; locaux d'hébergement et d'accueil à la limite de l'insalubrité) m'avaient conduit à prononcer à titre définitif le 4 février 2023, après la phase contradictoire, une injonction, sept prescriptions et quatre recommandations.

Une nouvelle mission d'inspection a été décidée à la suite de nouveaux signalements pour faits de maltraitance et de la réception en janvier 2024 du rapport d'expertise pour risque grave, réalisé à la demande du CSE ITEP Le Clos Levallois par un cabinet extérieur, dénonçant la gestion de l'association et le mécanisme de maltraitance institutionnelle à l'œuvre au sein de cet établissement. Ce rapport indique en conclusion des risques réels pour la santé et la sécurité des salariés avec des externalités négatives sur la prise en charge des jeunes et des risques avérés de maltraitance.

¹ article L. 312-7-1 du CASF.

La mission d'inspection réalisée en inopinée le 1^{er} février 2024 a constaté le défaut de mise en œuvre des mesures correctrices demandées en février 2023 ainsi qu'une dégradation de la situation en lien avec un climat social délétère, dans un contexte d'instabilité de la direction depuis 2022 (4 directeurs dont 2 de transition) alors que l'établissement est face à des chantiers d'ampleur :

- Modernisation nécessaire des bâtiments (travaux de mise aux normes sécurité et accessibilité nécessaires après le passage de la commission de sécurité), et révision de l'organisation, mise en cohérence du bâti avec un projet de prise en charge ;
- Informatisation des méthodes de travail ;
- Définition d'un projet d'établissement (le projet est caduque depuis 2020).

Au regard des dysfonctionnements et du pilotage défaillant de l'établissement contribuant à dégrader fortement les conditions et les modalités de prise en charge des enfants et des adolescents accueillis, l'établissement s'est vu notifier quatorze injonctions, trois prescriptions et neuf recommandations à titre définitif, après la phase contradictoire, par courrier du 25 juin 2024, portant notamment sur :

- La Gouvernance et le défaut de pilotage ;
- Les fonctions supports, Ressources humaines, bâtiments, sécurité et système d'information ;
- L'organisation de la prise en charge socio-éducative et en soins des jeunes.

L'organisme gestionnaire, en vue de la levée des mesures, a procédé à trois envois itératifs de documents, respectivement le 26 juillet, le 30 septembre et le 27 décembre 2024. Dans le même temps, il m'informait de sa démarche de rapprochement avec un autre organisme gestionnaire, la société Philanthropique.

L'analyse des documents transmis révèle une mobilisation de l'organisme gestionnaire pour mettre en œuvre des mesures correctrices mais dévoile également des difficultés persistantes en matière de pilotage dans la mesure où l'équipe d'encadrement a été renouvelée quasiment dans son intégralité en moins d'un an (poste de directeur des ressources humaines, de responsable comptable, de chef des services généraux, de directeur adjoint) et un poste de chef de service (Maison sous la Butte, ITEP des petits) est actuellement vacant.

Plusieurs réponses nécessitent des investigations complémentaires sur site notamment en matière de renouvellement des équipes par des professionnels diplômés, de réalisation des travaux, de sécurisation de l'encadrement la nuit, de constitution des dossiers et des projets d'accompagnement personnalisés des jeunes accueillis, de sécurisation du circuit du médicament, d'enclenchement d'une démarche qualité.

Au regard de ces éléments, j'ai décidé de diligenter une inspection inopinée au sein de l'ITEP Clos de Levallois à Vauréal (95 490).

La mission sera composée de :

- Madame Florence LALLEMAND JASON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Madame Anne-Sophie PELC, désigné en qualité d'inspecteur par le Directeur général de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique.

Elle sera accompagnée de :

- Monsieur Jean-Léon CYUZUZO, chargé de mission à l'Inspection Régionale Autonomie Santé (IRAS) désigné personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame Sabrina THIEUX, apprentie chargée de mission au département autonomie de la délégation départementale du Val d'Oise, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Cette inspection, diligentée sur le fondement des articles L. 313-13-III et suivants du code de l'action sociale et des familles, a pour objet une évaluation et une vérification des conditions de fonctionnement de l'établissement et de la qualité des prises en charges des résidents portant, notamment, sur l'effectivité et la pérennité des corrections apportées aux écarts précédemment constatés.

L'inspection débutera à compter du 6 mars 2025 et comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer.

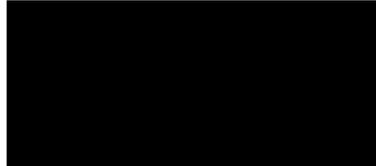
2/3

Un compte rendu de visite rédigé par l'équipe de contrôle 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 destiné à l'inspecté précisant soit le maintien ou la levée des décisions administratives prises le 25 juin 2024, soit le cas échéant une ou plusieurs des décisions prévues par le CASF en l'absence de mise en œuvre des mesures correctives faisant l'objet d'injonctions.

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.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Denis ROBIN

5.2 Annexe 2 : Liste de documents

N°	Nature du document demandé	Commentaires
1	Liste nominative des usagers accompagnés par l'établissement incluant les âges, et groupes et mentions sur mesures de protection éventuelles	Pièce 1a : Effectif enfants 2024 2025 Pièces 1b à i. : Effectif par groupe de vie ou service en mars 2025
2	Organigramme nominatif fonctionnel et hiérarchique actualisé	Pièce 2a. : Organigramme Pièce 2b. : Organisation Le Clos Février 2025
3	Liste nominative des personnels présents le 06/03/2025 incluant leurs professions et services	Pièce 3a. : Liste du personnel 06.03.25 Pièce 3b. : Liste du personnel 06.03.25

N°	Nature du document demandé	Commentaires
4	Dossiers administratifs des usagers sur la base d'une liste demandée par la mission : - dont les 3 derniers jeunes dont le dossier a fait l'objet d'une révision en CDAPH - dont les 3 derniers jeunes sortis de l'établissement sur décision du directeur	
5	Projets pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques individualisés (articles D.312-14 et D 312-19 CASF)	
6	Tableau de suivi et de mise à jour des PPA	
7	Registre des entrées et des sorties (articles L 331-2 et R 331-5 CASF) et registre des présences (D 312-40 CASF)	Pièce 7 : Tableau Entrées Sorties
8	Dossier RH des salariés CDI, CDD	
9	Registre /fichier de recueil : a. des réclamations et des doléances des usagers et des familles b. des événements indésirables	
10	La liste des accès au DUI précisant les modalités d'accès au dossier	Pièce 10 : Tableau des droits d'accès DUI provisoire - dossier partagé - Dans l'attente de la mise en place du DUI

N°	Nature du document demandé	Commentaires
11	Nombre de demandes d'admission et de refus 2024-2025 et motifs des refus. Liste des entrées et des sorties des enfants 2024 et 2025 et motifs de sorties	11a. Suivi des admissions et refus 11a. Suivi des admissions et refus v2 11b. Tableau des entrées sorties 2024 2025
12	Bulletins de salaires sur les 3 derniers mois pour l'ensemble du personnel, y compris les cadres	12a à 12c : Bulletins validés de 12.24 à 02.25
13	Liste nominative du personnel présent au 6 mars 2025 (avec dates des recrutements, nature des contrats de travail et fonctions exercées)	Pièce 13 : Liste nominative du personnel présent le 6 mars 2025
14	Liste des entrées (embauche) et sorties (débauche) du personnel par type de contrats sur 2024 et premier trimestre 2025 avec date entrée et date de sortie.	Pièce 14a : Liste des entrées sorties par type de contrat Pièce 14b : Liste des entrées sorties 01 à 03.25

15	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de nuit) cette semaine, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) - ont vacataires	Pièce 15a à 15j. Plannings des services
16	Données du bilan social (taux d'absentéisme par motif et taux de turn over)	Pièce 16a : Absences Données bruts Pièce 16b : Absences tableau récap Pièce 16c : Taux Turn over
17	Liste des litiges prudhomaux en cours	Pièce 17 : Liste des litiges prudhomaux en cours
18	CV de la directrice	Pièce 18 : CV [REDACTED]
19	CV du directeur adjoint	Pièce 19 : CV [REDACTED]
20	CV du responsable des services généraux	Pièce 20 : CV [REDACTED]
21	Document unique de délégation de pouvoir révisé, daté et signé	Pièce 21 : DUD Directrice générale
22	Fiche de poste datée et signée du directeur adjoint	Pièce 22 : Fiche de poste signée [REDACTED]
23	Document de délégation de pouvoir daté et signé pour le directeur adjoint	en cours d'élaboration - non finalisé compte tenu du changement de Président le DUD vient d'être signé Président Directrice générale La fiche de poste de Directeur adjoint vient d'être réactualisé
24	Fichier des diplômes des salariés EXCEL ou Calc)	Pièce 24 : Fichier des diplômes des salariés
25	Tableau de suivi des formations diplômantes (EXCEL ou Calc) : Le tableau doit comporter à minima : 1. Prénom et nom des agents concernés 2. Formation qualifiante suivie ou envisagée (éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, moniteurs éducateurs ou éducateurs techniques spécialisés 3. Dispositif d'accès suivi ou envisagé (VAE...) 4. Organisme de formation retenu ou envisagé 5 Mode et coût de financement engagés ou envisagés (CPF...) 6. Dates de début et de fin (en cours et/ou prévisionnelles de la formation	Pièce 25 : Tableau de suivi des formations diplômantes
26	Justificatifs de formation du personnel non qualifié	Pièces 26a à e : Justificatifs de formation des salariés non qualifiés
27	Attestation de formation des professionnels ayant suivi la formation DUI	Formation non engagée, uniquement planifiée
28	Plan de formation 2024 avec attestations de formation	Pièce 28a : Plan de développement des compétences 2024 Pièces 28b à 28r : Attestations de formation
29	Plan de formation 2025 et le cas échéant 2026 et 2027	Pièce 29a : Consultation CSE pour PDC 2025 Pièce 29b : Suivi du PDC à mars 25
30	Document relatif au recrutement d'un éventuel temps d'IDE	Pièce 30 : CDD [REDACTED]
31	Factures acquittées relatives à la télémedecine	Pièce 31 : Facture acquittée [REDACTED]

32	Dernier PV de la commission de sécurité du 8 janvier 25	Pièce 32a : PV Commission de sécurité du 8 janvier Pièce 32b : Arrêté d'ouverture partielle
33	Plan d'actions d'amélioration continue de la qualité	Pièce 33a : Plan d'actions pour le pilotage du DITEP Pièce 33b : Accompagnement Qualiticien externalisé [REDACTED] Nous avons élaboré un plan d'actions pour le pilotage de la structure sur l'année 2025. Pour la démarche qualité, nous étudions la proposition du cabinet [REDACTED] d'un référent qualité externalisé. Dès finalisation de l'offre, nous la transmettrons.
34	Feuilles d'émargement et CR des groupes de travail du 20 octobre 2024	Pièce 34a : Groupe CITOYENNETE 20 octobre Pièce 34b : Groupe PARCOURS 20 octobre Pièce 34c : Groupe PERSONNALISATION 20 octobre Pièce 34d. Groupe BIEN ETRE 20 octobre
35	Questionnaire qualité transmis aux familles en vue de l'élaboration du PE	Pièce 35 : Questionnaire PE aux familles. Sera présenté au prochain CVS, le questionnaire sera diffusé aux familles ensuite. Il n'a pas pu être présenté aux familles auparavant.
36	Analyse du questionnaire qualité	Questionnaire non encore réalisé
37	Feuille d'émargement du CVS du 16 décembre 2024, précisant les noms, prénoms, qualités des personnes	Pièce 37. Emargement CVS du 16 12 24
38	Synthèse du Projet d'établissement destiné aux familles	Vendredi 21.03.25
39	Extractions du logiciel des plannings, agendas et transmissions des professionnels des 3 derniers mois	La mise en place du [REDACTED] [REDACTED] courant d'année nous permettra la tenue des plannings des jeunes, des agendas et des transmissions
40	Analyse des causes et plans d'action des 3 EIG déclarés en 2024 relatifs à des faits de maltraitance ou à caractère sexuels	Vendredi 21.03.25
41	Compte rendu du CVS du 16 décembre 2024	Pièce 41 : Contre rendu CVS du 16.12.24
42	Bilan intermédiaire de la mission RH	Pièce 42 : Bilan et Feuille de route RH