

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Délégation départementale de Seine et Marne**

**Plateforme de service coordonné- ECLAIR 77
2 avenue du Général de Gaulle
77600 BUSSY-SAINT-GEORGES
N° FINESS :770021350**

**RAPPORT D'INSPECTION
2025_IDF_00025
Contrôle sur place le 11 mars 2025**

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF ;
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF ;
- Madame [REDACTED], Infirmière, désignée inspectrice, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF.
- Madame [REDACTED] – médecin inspecteur de santé publique, Délégation départementale ARS de la Seine et marne

Accompagnée par :

- Madame [REDACTED] – Chargée de mission parcours PH, en formation ICARS, Délégation départementale ARS de la Seine et marne

**Textes de
référence**

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique
Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
Article L.1435-7 du Code de la santé publique
Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.1.1. Le régime juridique de la structure	10
1.1.2. L'autorisation	10
1.1.3. La population accueillie	11
1.1.4. Le CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)	12
1.2.Management et Stratégie	13
1.2.1. Le règlement de fonctionnement	13
1.2.2. Le projet d'établissement (PE)	13
1.2.3. Le plan bleu	14
1.2.4. L'organigramme	14
1.2.5. Relations entre le gestionnaire et le directeur	14
1.2.6. Le directeur	15
1.2.7. Le remplacement de la direction	15
1.2.8. Les délégations au directeur	15
1.2.9. Les subdélégations du directeur	16
1.2.10. Les CODIR / COMEX / COFIL	16
1.2.11. Les astreintes	16
1.2.12. Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante	16
1.2.13. Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative	17
1.2.14. Les conflits entre direction et salariés	17
1.2.15. Les affichages	17
1.3.Animation et fonctionnement des instances	19
1.3.0. Le Conseil de vie sociale (CVS)	19
1.3.1. Les enquêtes de satisfaction	19
1.4.Gestion de la qualité	20
1.4.1. Le responsable qualité	20
1.4.2. Les professionnels référents	20
1.4.3. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	20
1.4.4. L'auto-évaluation et l'évaluation externe	20
1.4.5. La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance	21
1.4.6. La bientraitance en pratique	22
1.4.7. Les comportements « problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels)	22
1.4.8. La déclaration des maltraitements (dont violences et harcèlement)	22
1.5.Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	23
1.5.1. Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	23
1.5.2. La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)	23
1.5.3. Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI	23
1.5.4. Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes	23
2. Fonctions support	25
2.1.Gestion des ressources humaines	25
2.1.1. Profils et effectifs des professionnels salariés de la structure	25
2.1.2. Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure	26
2.1.3. Profil et effectifs des professionnels de l'équipe de la formation professionnelle, salariés de la structure	26
2.1.4. Les contrats de travail	26
2.1.5. L'inscription ordinaire pour les professions à ordre (médecin, IDE, kinésithérapeute, podologue)	26
2.1.6. Le taux d'absentéisme des professionnels	27
2.1.7. Le taux de rotation des professionnels	27
2.1.8. Les dossiers administratifs des professionnels	28
2.1.9. Les intervenants/prestataires externes	28
2.1.10. La procédure d'accueil des nouveaux professionnels	28
2.1.11. Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)	28
2.1.12. L'organisation générale du planning des professionnels	30
2.1.13. Les plannings des professionnels	30
2.1.14. Les fiches de poste des professionnels	31
2.1.15. Les glissements de tâches	31
2.2.Gestion d'information	32
2.2.1. Le registre unique du personnel (RUP)	32
2.2.2. Le registre des entrées et sorties des usagers	32
2.2.3. Le registre des présences quotidiennes	32

2.2.4.	Le support et le contenu des dossiers des usagers	32
2.2.5.	La traçabilité des soins des professionnels de soins interne dans les dossiers médicaux et de soins	33
2.2.6.	Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers	33
2.3.	Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	36
2.3.1.	L'état général du bâtiment et le suivi des réparations	36
2.3.2.	L'accessibilité PMR des locaux	36
2.4.	Locaux et équipements	37
2.4.1.	Fonctionnalité des locaux	37
2.4.2.	La circulation dans les locaux	37
2.4.3.	La salle d'apaisement	38
2.5.	Sécurités	39
2.5.1.	L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement	39
2.5.2.	La qualité de l'eau	39
2.5.3.	Les vaccinations des usagers	39
2.5.4.	L'aide à la prévention des chutes	39
2.5.5.	PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public	39
3.	Prises en charge	40
3.1.	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	40
3.1.1.	L'admission	40
3.1.2.	Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »	40
3.1.3.	Le document individuel de prise en charge (DIPC) ou contrat de séjour	40
3.1.4.	Le livret d'accueil	41
3.1.5.	La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers	41
3.1.6.	Les transmissions inter équipes	41
3.1.7.	L'amendement Creton	41
3.1.8.	La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie	42
3.2.	Les projets individualisés d'accompagnements	42
3.2.1.	Les outils d'évaluation	42
3.2.2.	Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :	43
3.3.	Respect des droits des personnes	43
3.3.1.	Les personnes qualifiées départementales	43
3.3.2.	La personne de confiance des usagers	43
3.4.	Vie sociale et relationnelle	44
3.4.1.	Relations avec les familles	44
3.4.2.	Organisation de sortie extérieure	44
3.4.3.	Vie relationnelle, affective et sexuelle	44
3.5.	Vie quotidienne	45
3.5.1.	Le transport des jeunes	45
3.6.	L'hébergement	46
3.6.1.	L'hébergement	46
3.6.2.	Le suivi de l'hygiène corporelle	46
3.7.	L'alimentation	46
3.7.1.	La conception des repas	46
3.7.2.	Les salles de restauration	48
3.7.3.	Les régimes, textures	49
3.7.4.	Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes	49
3.7.5.	La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel	49
3.8.	Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure	50
3.8.1.	L'organisation des activités éducatives	50
3.8.2.	Articulation des équipes éducatives et pédagogiques	51
3.9.	Champ de l'éducation : la scolarisation	52
3.9.1.	L'intégration scolaire	52
3.9.2.	Les projets personnalités de scolarisation	52
3.10.	Champ de l'éducation : la formation professionnelle	53
3.10.1.	L'insertion professionnelle	53
3.11.	Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin	54
3.11.1.	Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	54
3.11.2.	Missions médicales	54
3.11.3.	Le cabinet médical et l'infirmier	54
3.11.4.	Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	55
3.11.5.	Le défibrillateur automatique externe (DAE)	55

3.11.6.	Matériels d'urgence	55
3.11.7.	Les prescriptions médicales	55
3.11.8.	Les procédures et protocoles de soins	55
3.11.9.	Traitement d'une crise d'épilepsie	56
3.12.	Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	57
3.12.1.	Les stupéfiants	57
3.12.2.	Les médicaments	57
4.	Relations avec l'extérieur	59
4.1.	Environnement	59
4.1.1.	Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)	59
4.2.	Coordination avec les autres secteurs	59
4.2.1.	Les conventions et partenariats	59
5.	Récapitulatif des écarts et des remarques	60
5.1.	Écarts	60
5.2.	Remarques	62
6.	Conclusion	64
7.	Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	66
8.	Annexes	67
	Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	67
	Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés	70
	Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	75

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des instituts médicoéducatif (IME) dont la poursuite jusqu'en 2030 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné par l'ARS.

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

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

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

L'établissement est structuré sur trois sites :

- Site Bussy Saint Georges située au 2 avenue du Général De Gaulle -
- Site Collégien situé au 11 rue des Artisans -Collégien
- Le site d'hébergement décentralisée situé allée du Parc- Collégien
- L'UEMA, installée au sein du groupe scolaire Louis Braille, sis 91 boulevard André Malraux à Bussy-Saint-Georges

La mission ne s'est rendue que sur le site de Bussy Saint Georges. Une visite de l'extérieur du site de Collégien a été réalisée.

Le rapport tient compte de l'organisation de la prise en charge sur les trois sites.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de la Plateforme ECLAIR 77, située au 2 avenue du Général de Gaulle 77600 BUSSY-SAINT-GEORGES (N° FINESS :770021350), dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé la plateforme parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans une catégorie de risque modéré.

Modalités de mise en œuvre

Il a été réalisé par l'ARS d'Ile-de-France. L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF ;
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF ;
- Madame [REDACTED], infirmière, désignée inspectrice, Inspection régionale autonomie santé de l'ARSIDF.
- Madame [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique, Délégation départementale ARS de la Seine-et-Marne

Accompagnée par :

- Madame [REDACTED] – Chargée de mission parcours PH, en formation ICARS, Délégation départementale ARS de la Seine-et-Marne

Ce contrôle a été réalisé sur site le 11 mars 2025, sur le site de Bussy-Saint-Georges, de manière inopinée². La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

² Sans annonce préalable à l'établissement

- Gestion d'information
- Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
- Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne et hébergement
 - Champ de l'éducation
 - Soins
- Relations avec l'extérieur
 - L'environnement
 - Coordination avec les autres secteurs

Présentation de l'établissement inspecté :

La plateforme de services coordonnés à une autorisation pour prendre en charge des enfants et adolescents atteints :

- De déficience intellectuelle, régie par les articles **D312-11 à D312-58 du CASF**,

[illegible]

La plateforme a une capacité d'accueil de [REDACTED] dont :

- 1 places en unité d'enseignement maternelle autisme (UEMA)
- 1 places fonctionnant en plateforme de services coordonnées toutes modalités confondues.

Elle propose également une section d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP)

Elle accueille des usagers de 0 à 26 ans répartis comme suit :

Selon les sites géographiques :

	Site de Bussy-Saint-Georges	Site de Collégien	Prestations dites externalisées	UEMA
0-3 ans				
3-6 ans				
7-13 ans				
14-20 ans				
20 ans et plus				
Total				

Selon les modalités d'accompagnement :

	Accueil de jour	Hébergement	Milieu (SESSAD) ordinaire
0-3 ans			
3-6 ans			
7-13 ans			
14-20 ans			
20 ans et plus			
Total			

Certains enfants, dans le cadre de leur parcours, bénéficient de plusieurs modalités d'accompagnement simultanées (accueil de jour et prestations externalisées).

Constats

Le rapport est établi au vu des éléments vus, lus et entendus par l'équipe d'inspection et de l'étude des documents probants transmis par les professionnels de la structure. ■■■ familles d'utilisateurs ont été rencontrées sur site ou en visioconférence.

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.1. <u>Le régime juridique de la structure</u>	La Plateforme ECLAIR installée dans le Nord de la Seine-et-Marne accompagne dans le cadre d'un accueil multimodal 42 enfants et jeunes âgés de 0 à 20 ans, présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) ou des troubles neurodéveloppementaux (TND). Le jeune accueilli peut bénéficier d'une ou plusieurs modalités d'accueil réparties sur différents sites, en fonction des besoins évalués dans son projet individualisé d'accompagnement. La plateforme, dont le secteur d'intervention prioritaire est circonscrit principalement aux alentours de Bussy-Saint-Georges et de Collégien, est ouverte 210 jours par an. Les horaires d'accompagnement sont variables en fonction de la modalité d'accueil : - Accueil de jour : lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h15 à 16h et le mercredi de 9h15 à 12h00. - Hébergement dans un bâtiment externe aux sites des IME de 16h à 9h (avec nuitée), sur trois jours, du lundi soir au jeudi soir, hors week-end, une semaine sur deux pour chaque usager. - Prestations externalisées (dans tous les lieux de vie) : horaires variables du lundi au vendredi, en fonction des besoins identifiés dans le cadre du Projet Individuel d'Accompagnement - UEMA : horaires de l'école en vigueur : 8h20 à 16h lundi, mardi, jeudi et vendredi ; des guidances parentales peuvent avoir lieu le mercredi matin en fonctions des besoins identifiés. Le statut juridique de la structure est conforme aux dispositions du CASF et n'appelle pas de remarque particulière.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.2. <u>L'autorisation</u>	Crée en juillet 2009 à Bussy-Saint-Georges (77600) par l'Association AIME77 en tant qu'établissement expérimental pour 10 enfants porteur un trouble du spectre de l'autisme (TSA) de 3 à 12 ans, l'IME Éclair ouvre une extension en 2014 sur le site de Collégien (77090) et l'effectif autorisé de l'IME passe à 15 places d'externat avec une extension jusqu'à l'âge de 20 ans. Le statut expérimental de l'IME Éclair prend fin en 2019, dans un contexte de transformation de l'offre médico-sociale, et notamment de transformation en plateforme de services coordonnés. Cette évolution vise à favoriser le passage d'une logique de places à une logique de parcours, en proposant des modalités d'accompagnement plus individualisées et en favorisant la collaboration des différents acteurs du territoire pour proposer des prestations de coopération accrue entre tous les acteurs du médico-social. Un nouvel agrément est attribué le 19 novembre 2019 avec une extension de la capacité à 25 places et un fonctionnement en plateforme, incluant toutes modalités d'accueil et d'accompagnement (IME, SESSAD, accueil temporaire, avec ou sans hébergement). L'IME Éclair devient ainsi la Plateforme Éclair, entité à statut unique, regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		L'établissement dispose d'un arrêté d'autorisation de fonctionnement en plateforme de services coordonnés, datant du 02/12/2024. Cet arrêté fixe la capacité totale à 42 places, dont : - 35 places de plateforme, toutes modalités d'accompagnement, de 0 à 20 ans, pour des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, - 7 places pour une unité d'enseignement maternelle autisme (UEMA) La mise en œuvre de la mission dédiée aux plateformes de services coordonnés doit permettre un accompagnement s'appuyant sur une palette de prestations modulables, favorisant la fluidité des parcours via une réponse adaptée à chaque individu, en privilégiant autant que possible l'accompagnement vers les dispositifs de droits commun. La notion de parcours est une donnée importante du fonctionnement de la plateforme qui s'appuie sur les capacités de la personne accueillie et de ses envies. Pour avoir la capacité de proposer des prestations au regard des besoins identifiés, et s'il est besoin d'orienter les jeunes vers d'autres prestataires lorsque l'établissement n'est pas en mesure de leur apporter une réponse, la plateforme se doit d'être ancrée dans son environnement afin de mobiliser d'autres acteurs du territoire. Les usagers bénéficiant d'un accueil en hébergement à temps partiel ne peuvent être accompagnés en journée en raison d'un manque d'effectif de professionnels dédiés à l'hébergement (source entretien) mais aussi en lien avec les locaux. L'association au jour de l'inspection ne dispose que de quatre chambres permettant un accueil en séquentiel de 3 ou 4 usagers chaque semaine sur la maison. Les usagers en hébergement ne sont pris en charge que durant ce temps, il n'y a pas d'autre temps ou modalités d'accompagnement réalisés en dehors de ce temps sur l'hébergement pour les 7 usagers concernés. Des actions au domicile des enfants pour aider les familles et ainsi favoriser la continuité des acquis réalisés au sein de la plateforme ne s'effectuent pas. Cette modalité aura été plébiscitée par au moins deux des cinq familles rencontrées lors de l'inspection. Remarque 1 : L'ensemble des modalités d'accompagnement n'est pas mis en œuvre pour tous les enfants accueillis et en particulier la modalité d'accueil hébergement, proposée uniquement aux personnes de plus de 18 ans. Remarque 2 : L'accueil en hébergement est exclusif, ces usagers ne bénéficient pas d'autres prestations coordonnées dans leur parcours. 1.1.3. La population accueillie Les usagers de la plateforme sont des enfants et jeunes âgés de 2 à 26 ans présentant des Troubles du Spectre Autistique ou des troubles neurodéveloppementaux. Au jour de la visite sur site, [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation		

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. <u>Le règlement de fonctionnement</u>	Un règlement de fonctionnement pour un IME a été transmis à la mission. Il est également affiché. Néanmoins il ne correspond pas à l'organisation en plateforme de services coordonnées et n'intègre pas les spécificités de chaque modalité d'intervention. La direction nous a informé que sa mise à jour est en cours. Écart 1 : L'établissement n'a pas établi de règlement de fonctionnement en corrélation avec la spécificité de la prise en charge au sein de la plateforme, ce qui contrevient à l'article L 311-7 du CASF³, et à l'article L 311-35 du CASF.⁴
	1.2.2. <u>Le projet d'établissement (PE)</u>	Un pré-projet de la plateforme Eclair 2021-2026 a été transmis à la mission. Il est en phase de finalisation. Le retroplanning des réunions et des instances programmées afin de le finaliser a été transmis à la mission. Les salariés rencontrés ont fait part de l'invitation de la direction à participer à l'élaboration du projet. Il ressort de l'entretien avec la direction que le projet sera décliné pour chaque modalité spécifique. Écart 2 : L'établissement au jour de l'inspection ne dispose pas d'un projet d'établissement validé, et transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.⁵

³ Article L311-7Version en vigueur depuis le 10 avril 2024 Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. Ce règlement détermine les modalités de respect du droit prévu au premier alinéa de l'article L. 311-5-2.Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Les dispositions minimales devant figurer dans ce règlement ainsi que les modalités de son établissement et de sa révision sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

⁴ Article R311-36Version en vigueur depuis le 28 octobre 2004Le règlement de fonctionnement précise les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.

⁵ Article L311-8Version en vigueur depuis le 09 février 2022Modifié par LOI n°2022-140 du 7 février 2022 - art. 22Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il désigne une autorité extérieure à l'établissement ou au service, indépendante du conseil départemental et choisie parmi une liste arrêtée conjointement par le président du conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département et l'agence régionale de santé, à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté et qui est autorisée à visiter l'établissement à tout moment. Le contenu minimal du projet, les modalités d'association du personnel et des personnes accueillies à son élaboration ainsi que les conditions de sa diffusion une fois établi sont définies par un décret. Ce décret définit les modalités d'affichage des documents, notices et services d'information dans les établissements. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. <u>Le plan bleu</u>	Le plan bleu transmis par l'établissement date du 01/01/2021 et a été mis à jour le 03/01/2025. Les éléments transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir la fréquence de révision du plan bleu. Le plan bleu contient : - Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ; - Les procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ; - Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ; - Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ; - Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles ; - Le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles. L'indication que le plan Bleu a été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel, et du CVS n'a pas été transmise. Écart 3 : L'établissement n'ayant pas consulté le CVS et les représentants du personnel pour élaborer le plan Bleu contrevient à l'article R311-38-1 (III) CASF ⁶
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. <u>L'organigramme</u>	Un organigramme a été fourni à la mission, il retranscrit les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il est remis à jour à chaque changement et il est affiché.
1.2. Management et Stratégie	1.2.5. <u>Relations entre le gestionnaire et le directeur</u>	Le gestionnaire organise une réunion mensuelle avec l'ensemble des directeurs de structure. Cette réunion se déroule alternativement sur les différents sites. Lors de cette réunion, les sujets transversaux tels que la qualité, la bientraitance, les outils de la loi du 2 janvier 2002 sont abordés. Le gestionnaire concourt : - A l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement en demandant leur réactualisation lors des réunions mensuelles et peut apporter une aide si besoin. - A l'adaptation des moyens de la structure : le CPOM est régional, une réunion de budget est organisée chaque année. - Aux modalités d'intervention coordonnées - Au choix et au financement des systèmes d'information - Mutualisant des professionnels, la direction qualité est un salarié du gestionnaire. Les liens avec l'organisme gestionnaire sont décrits par la direction comme fluides et en confiance.

⁶ Article R311-38-1 III.-Le plan mentionné au I est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation instituées en application de l'article L. 311-6 du présent code.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.9. <u>Les subdélégations du directeur</u>	Un document de subdélégation de pouvoirs [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
1.2. Management et Stratégie	1.2.10. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>	Réunion hebdomadaire : - La réunion des cadres : elle est menée par le directeur, elle inclut le chef de service, la responsable administrative et la référente qualité du siège peuvent y être conviées. - La réunion d'équipe par service : menée par le directeur ou le chef de service à l'attention de tous les professionnels Réunion mensuelle : Une réunion mensuelle concernant l'organisation des outils de service Réunion trimestrielle ou semestrielle : En ayant assuré la continuité de service si besoin, une réunion bi annuelle est programmée pour les professionnels de la plateforme et menée par la directrice générale. Un compte rendu est disponible sur le réseau pour chacune des réunions.
1.2. Management et Stratégie	1.2.11. <u>Les astreintes</u>	L'astreinte administrative : Au jour de l'inspection, il n'y a que le directeur qui exerce les astreintes, il est joignable sur un numéro affiché et communiqué aux salariés. Le chef de service résidant hors d'île de France n'exerce pas d'astreinte car cette dernière prévoit un déplacement sur site au besoin. L'astreinte de soin : L'infirmier effectue sa mission jusqu'à 19h30, le mercredi il est présent de 17h à 20h sur le site de Collégien. Si une urgence de soin intervient la nuit, les professionnels font appel au service de secours d'urgence et au directeur qui se déplace.
1.2. Management et Stratégie	1.2.12. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe soignante</u>	Remarque 4 : Il n'y a pas de procédure formalisée de l'astreinte. L'équipe soignante est composée d'un infirmier diplômé d'état arrivé en 2022 Le poste de médecin est vacant. L'IDE est placée sous l'autorité du directeur. Écart 5 : L'absence de psychiatre contrevient aux conditions techniques minimales de fonctionnement citées dans l'article D.312-21 du CASF⁸

⁸ Article D312-21-Version en vigueur depuis le 08 janvier 2005-L'établissement s'assure les services d'une équipe médicale et paramédicale, comprenant notamment :1° Un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence ;2° Un pédiatre, ou, selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de l'établissement, un médecin généraliste ;3° Un psychologue ;4° Un infirmier ou une infirmière ;5° Selon les besoins des enfants, notamment des kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens ;6° En fonction des besoins, un médecin ayant une compétence particulière en neurologie, en ophtalmologie, en audiophonologie ou en rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.13. <u>Les professionnels d'encadrement de l'équipe éducative</u>	Le directeur encadre l'ensemble des professionnels exerçant au sein de l'UEMA et du site de Bussy Saint Georges. Un chef de service encadre l'équipe qui intervient sur le site de Collégien et sur le pavillon. L'objectif est de recruter un deuxième chef de service qui aura la charge de coordonner les équipes du site de Bussy.
1.2. Management et Stratégie	1.2.14. <u>Les conflits entre direction et salariés</u>	La mission a pu noter : - Qu'il n'y a pas de signe de conflit entre la direction et les salariés du site de Bussy-Saint-Georges ; - Les modalités de prise en charge ont évolué depuis la reprise de cet établissement par l'association gestionnaire. L'arrivée du nouveau directeur a permis d'augmenter la lisibilité des actions menées dans la prise en charge. La question de la référence de l'utilisateur est au cœur des évolutions, à savoir précédemment le ou la psychologue était le référent exclusif de l'utilisateur, aujourd'hui les utilisateurs ont un référent éducatif, et tous les professionnels concourent à l'élaboration du projet et du suivi de l'utilisateur. Ces nouvelles modalités d'intervention peinent à être suivies au sein de l'unité de Collégien. La refonte du projet d'établissement permettra une uniformisation des pratiques ; elle est pensée par la Direction comme un levier à l'accompagnement au changement des pratiques. - Un signalement concernant une affaire d'harcèlement au travail entre professionnels a été réalisé. Pour réguler le conflit, la direction a fait intervenir un prestataire externe à l'établissement. Les professionnels rencontrés ont renvoyé qu'un des facteurs de fidélisation mis en place est un management bientraitant, à l'écoute et favorisant la montée en compétences.
1.2. Management et Stratégie	1.2.15. <u>Les affichages</u>	Les affichages suivants étaient présents et visibles dans l'établissement : - Règlement de fonctionnement - Charte des droits et libertés de la personne accueillie - Arrêté d'autorisation - Horaires d'ouverture de la structure - Arrêté de dotation globale - Numéro 119 (enfance en danger) - La composition du CVS - L'organigramme de la plateforme - Le DUERP - L'arrêté préfectoral 2024-DETS-UD77 06-2 établissant la liste des personnes pouvant assister le salarié lors de l'entretien préalable au licenciement ou à la rupture conventionnelle du contrat de travail - Le planning des astreintes du mois de mars 2025 - Le livret d'accueil - Le CR du CVS du 04/12/2024

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- La décision unilatérale 2024-01 relative à la revalorisation des métiers non visés par l'accord du 2 mai 2022 - Le projet de la plateforme 2021-2026 - L'avenant au règlement de fonctionnement de la plateforme - Le règlement intérieur des établissements gérés par l'association autisme en ile de France - L'affiche agir contre les discriminations Il manquait la dernière enquête de satisfaction Remarque 5 : L'établissement n'a pas affiché la dernière enquête de satisfaction. <u>Document 1.</u> Le document fourni à la mission concernant le projet d'établissement ne correspond pas au projet en affichage. Remarque 6 : Les documents transmis, les documents validés et les documents affichés ne sont pas identiques.



1.3. Animation et fonctionnement des instances

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.1. <u>Le Conseil de vie sociale (CVS)</u>	Les documents transmis (dont les comptes-rendus 10/23-03/24-07/24-08/24-12/24) indiquent que : • La plateforme dispose d'un CVS opérationnel dont le mandat est arrivé à son terme en décembre 2024 ; • Tous les sujets réglementairement attendus sont abordés et les familles sont informées et/ou consultées sur tous les aspects de la vie administrative et de la vie des usagers et le la plateforme ; • Le nombre de réunions annuelles est conforme et de nouvelles élections étaient en cours d'organisation lors de l'inspection pour le 24/03/2025 pour les familles et le 07/04/2025 pour les salariés ; • Le règlement intérieur du CVS est conforme et il est prévu qu'il soit révisé et/ou reconduit après les nouvelles élections ; • Le CVS fonctionne avec 3 catégories d'élus obligatoires réglementairement ainsi qu'au minimum un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. La mission rappelle que d'autres catégories d'acteurs peuvent être adjointes à ce noyau minimum dans le respect de la règle suivante « <i>Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil</i>⁹ ». • Les résultats des enquêtes de satisfaction et les événements indésirables sont discutés en réunion de CVS.
1.3. Animation et fonctionnement des instances	1.3.2. <u>Les enquêtes de satisfaction</u>	Ont été transmis les résultats de l'enquête de satisfaction des familles d'avril-mai 2024 et d'une enquête ciblée sur la satisfaction des familles sur la modalité d'hébergement en 2024 à destination des familles des jeunes en hébergement. Ainsi que plusieurs documents administratifs. • Le "Pre Projet Plateforme Eclair mis à jour AelDF Juillet 2023" indique qu'afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement, une enquête de satisfaction auprès des personnes accueillies et des familles sera menée et la "Fiche action N° 2" reprend cette mesure. • Le rapport de juin 2024 de la HAS a constaté la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des familles. • Les résultats étaient disponibles sur un meuble porte documents dans le hall de l'accueil de jour à Bussy-Saint-Georges. Les résultats de l'enquête globale 2024 montrent que les familles ne sont pas interrogées sur l'état des locaux de la plateforme. Remarque 7 : La plateforme ne prévoit pas d'enquête de satisfaction annuelle et n'investigue pas la satisfaction des familles concernant les locaux et leur entretien.

⁹ **Article D311-5** du CASF Le conseil de la vie sociale comprend au moins :^{1°} Deux représentants des personnes accompagnées ;^{2°} Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ;^{3°} Un représentant de l'organisme gestionnaire. II.-Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :^{1°} Un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1 ;^{2°} Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;^{3°} Un représentant des personnes accueillies ;^{4°} Un représentant des personnes accueillies ;^{5°} Un représentant des personnes accueillies ;^{6°} Un représentant des personnes accueillies ;^{7°} Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

1.4. Gestion de la qualité

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.1. <u>Le responsable qualité</u>	Il existe un référent qualité au niveau de l'organisme gestionnaire ainsi qu'un Copil qualité (Comité de Pilotage) depuis novembre 2023 (rapport HAS et entretien). Ce comité est responsable de l'élaboration des axes à travailler avec tous les acteurs de l'association et des établissements et a élaboré une feuille de route (livret d'accueil et entretien). Lors des entretiens, il a été indiqué que depuis 2 semaines, le Copil se réunit toutes les semaines pour finaliser le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) puis des groupes de travail sont prévus, idéalement transversaux aux différents sites de la plateforme. Au jour de l'inspection, 2 professionnels ont suivi une formation qualité et éthique, le directeur et le chef de service.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.2. <u>Les professionnels référents</u>	
1.4. Gestion de la qualité	1.4.3. <u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	Ont été transmis la « <i>Procédure de pilotage de la démarche qualité</i> » datée du 14/09/2024 et le « <i>plan qualité plateforme ECLAIR</i> ». Les objectifs du plan d'action concernent la période du 01/01/2025 au 31/12/2025. Le document transmis, extrait du logiciel AGEVAL®, apparaît comme un nouveau document conçu et mis en œuvre pour donner suite à la visite de la HAS (2024). Il est multi source (CPOM, réglementation, projet de soins, etc...) et comprend des objectifs d'encadrement de l'activité de la plateforme. Le CVS est informé de la mise en place du PACQ, les membres sont sollicités pour participer. La mission rappelle qu'un PACQ doit aussi être alimenté avec l'ensemble des données recueillies lors des enquêtes de satisfaction, évaluation externe, inspection ARS mais aussi par l'analyse des dysfonctionnements et événements indésirables afin que les actions d'amélioration répondent aux obligations réglementaires et à l'amélioration de la prise en charge quotidienne des usagers. L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne récente. La visite de certification HAS est la dernière évaluation externe dont l'établissement a fait l'objet (2024). Le chapitre 4.4 du projet d'établissement 2021-2026 prévoit d'utiliser le référentiel HAS (référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS -septembre 2021) afin d'évaluer la plateforme en interne. De même, il est prévu d'associer les familles et le conseil de vie sociale dans le cadre de travaux thématiques autour des questions relatives à l'accompagnement des personnes accueillies. Les différents documents transmis et les entretiens confirment cette participation.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.4. <u>L'auto-évaluation et l'évaluation externe</u>	
1.4. Gestion de la qualité		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.5. <u>La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance</u>	La procédure de « <i>promotion de la bientraitance</i> » transmise est datée du 15/05/2024. C'est un document succinct (3 pages) qui présente les 5 axes du projet : 1. « <i>Élaboration d'une Charte éthique</i> ; 2. <i>Formation Continue du Personnel</i> ; 3. <i>Mise en Place de Référents Bientraitance</i> ; 4. <i>Protocoles de Signalement et de Gestion des Situations de Maltraitance (cf. procédure)</i> ; 5. <i>Évaluation et Amélioration Continue des Pratiques</i> ; » La promotion de la bientraitance est présente dans le projet d'établissement notamment dans le paragraphe sur les fondements de l'accompagnement et dans la fiche action N° 26 : Organiser des réunions régulières à thèmes afin d'échanger avec les salariés sur les questions de bientraitance et d'éthique chaque année. Lors des entretiens la mission a constaté que la bientraitance et l'éthique sont toujours associées, l'éthique étant systématiquement mentionnée en première intention ce qui démontre un amalgame de ces 2 notions. Aucune formation à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance n'est prévue au plan de développement des compétences (PDC) 2025. Une formation « Éthique » est prévue. Remarque 8 : L'établissement confond bientraitance et éthique et n'investit pas la notion de bientraitance. Écart 6 : Bien que l'établissement ait conscience de la nécessité de travailler sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, la politique est embryonnaire et aucune formation n'est prévue, ce qui contrevient à l'article D311-38-3¹⁰ du CASF.

¹⁰A l'article D311-38-3Version en vigueur depuis le 03 mars 2024Création Décret n°2024-166 du 29 février 2024 - art. 1Le contenu minimal du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8 comprend : 3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service. Le projet d'établissement présente notamment le projet de l'organisme gestionnaire, les principales évolutions de l'établissement ou service depuis sa création, les missions exercées, leur cadre juridique et la manière dont elles répondent aux orientations départementales et régionales, résultant notamment des schémas définis à l'article L. 312-5. Il décrit également le profil des personnes accueillies ou accompagnées, précise les catégories de professionnels de l'établissement ou du service, ainsi que les orientations en matière de formation au regard des publics accueillis ou accompagnés et, le cas échéant, les modalités de supervision des professionnels et des bénévoles ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.4.6. <u>La bientraitance en pratique</u>	La bientraitance est très peu verbalisée et remplacée par la notion d'éthique (voir ci-dessus) dans les entretiens. La confusion entre les 2 notions est généralisée, tant par la direction et l'encadrement que des professionnels de terrain. Une formation « Ethique » est présente au PDC alors que la direction a indiqué en réponse à une question de la mission « oui, il y a des formations bientraitance, enfin éthique ». Cependant, la mission n'a pas constaté dans les documents transmis (Projet d'établissement, Livret d'accueil, règlement de fonctionnement) de pratiques institutionnalisées contraaires à la bientraitance. Écart 7 : La notion de bientraitance est confondue avec la notion d'éthique et aucune formation à la bientraitance n'est prévue pour les professionnels de la plateforme ce qui ne permet pas de garantir le respect des droits et de la dignité des usagers et contrevient aux articles L311-8 et L311-3¹¹ du CASF.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.7. <u>Les comportements</u> <u>« problèmes » (situations complexes dues à des troubles du comportement violents et dangereux pour les usagers, les professionnels</u>	Il n'existe pas de procédure globale pour la prise en charge de l'accompagnement (selon les entretiens). L'accueil de jour de Bussy dispose d'une salle d'apaisement, toutefois cette salle ne répond pas aux normes de sécurité avec notamment des vis de fixation du capitonnage apparentes le jour de l'inspection. La procédure « <i>Procédure salle d'apaisement (time-out)</i> » transmise est datée du 15/05/2024. Elle est succincte et insuffisamment explicite. Écart 8 : La modalité d'utilisation de la salle d'apaisement lors de la prise en charge de troubles majeurs du comportement chez un usager et la procédure associée trop succincte ne permettent de garantir le respect des droits et la sécurité des usagers et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
1.4. Gestion de la qualité	1.4.8. <u>La déclaration des maltraitements</u> <u>(dont violences et harcèlement)</u>	La déclaration de la maltraitance ne fait pas l'objet d'une procédure différenciée de celle des dysfonctionnements et événements indésirables.

¹¹ Article L311-3Version en vigueur depuis le 10 avril 2024 L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ; 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ; 4° La confidentialité des informations la concernant ; 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ; 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ; 7° La participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. Cette personne bénéficie de l'aide de son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de son avis.

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1. <u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	Les réclamations sont colligées dans le logiciel [REDACTED] dans l'onglet « relation établissement et famille, plaintes et réclamations ». A la demande du CVS des fiches papiers ont été distribuées afin que les représentants puissent aussi faire remonter les réclamations des familles. (Selon les comptes-rendus CVS, entretiens) En entretien, il a été indiqué que la direction propose systématiquement un entretien avec les familles en cas de réclamation.
	1.5.2. <u>La procédure de déclaration en interne des événements indésirables (EI)</u>	La procédure siège de « <i>déclaration et traitement des événements indésirables et événements indésirables graves</i> » transmise est datée du 05/01/2025, et a été rédigée par le chargé de mission qualité et la Direction générale.
	1.5.3. <u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience des EI</u>	La plateforme disposait d'une procédure rédigée par le directeur le 15/05/2024. Les deux procédures ne sont pas identiques et se complètent. Pour exemple, la procédure locale rappelle les cas caractérisant un EIG alors que la procédure du siège mentionne l'existence de ces cas sans pour autant les expliciter.
	1.5.4. <u>Le signalement des EIG aux autorités administratives compétentes</u>	Il existe un logigramme d'aide à la déclaration des événements indésirable lié à la prise en charge médicalemente au sein d'un établissement de santé ou médico-social, il n'a pas été vu affiché dans l'établissement. Par ailleurs, si la nécessité d'analyse est bien mentionnée dans la procédure siège, aucun processus d'analyse (type RetEx ou Crex) n'est proposé. Il a été indiqué à la mission que les professionnels ont été formés à l'utilisation du [REDACTED] (entretiens), toutefois aucune attestation de formation n'a été transmise (ou liste d'émargement) et aucune formation n'est prévue en 2025 au PDC. Une « <i>charte de confiance non punitive à l'attention des salariés de la Plateforme Eclair</i> », datée du 18/02/2025, a été transmise. Elle est claire et explicite et précise que les professionnels seront formés régulièrement, toutefois la mission ne peut confirmer car aucune formation sur les dysfonctionnements et événements indésirables n'est prévue au PDC.
Remarque 9 : L'établissement et l'organisme gestionnaire ont rédigés séparément des documents succincts pour cadrer la déclaration et la gestion des dysfonctionnements et événements indésirables sans plan de formation pour les professionnels.		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 9 : La politique de gestion des risques liée à la déclaration et à la gestion des dysfonctionnements et événements indésirables est embryonnaire et les professionnels ne sont pas formés, ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 ¹² et 9 ¹³ du CASF.

¹² Article R331-8Version en vigueur depuis le 01 janvier 2017Sans préjudice des déclarations et signalements prévus par d'autres dispositions législatives et, le cas échéant, du rapport à l'autorité judiciaire, le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure transmet à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen, les informations concernant les dysfonctionnements graves et événements prévus par l'article L. 331-8-1. Lorsque l'information a été transmise oralement, elle est confirmée dans les 48 heures par messagerie électronique ou, à défaut, par courrier postal. Cette transmission est effectuée selon un formulaire pris par un arrêté des ministres de la justice et de l'intérieur et des ministres chargés du logement, des personnes âgées, des personnes handicapées, de la protection de l'enfance et de la santé. Cet arrêté précise la nature des dysfonctionnements et événements dont les autorités administratives doivent être informées ainsi que le contenu de l'information et notamment la nature du dysfonctionnement ou de l'événement, les circonstances de sa survenue, ses conséquences, ainsi que les mesures immédiates prises et les dispositions envisagées pour y mettre fin et en éviter la reproduction. L'information transmise ne contient aucune donnée nominative et garantit par son contenu l'anonymat des personnes accueillies et du personnel. Toute information complémentaire se rattachant au dysfonctionnement ou à l'événement déclaré fait l'objet d'une transmission à l'autorité administrative dans les mêmes conditions.

¹³ Article R331-9Version en vigueur depuis le 01 janvier 2017En cas d'événement indésirable grave associé à des soins, la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé prévue aux articles L. 1413-14 et L. 1413-15 du code de la santé publique vaut information de cette autorité au titre de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Lorsque la structure concernée par cet événement relève d'une autre autorité administrative compétente, le directeur ou, à défaut, le responsable de la structure doit également l'en informer dans les conditions prévues à l'article R. 331-8.

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Observations ou commentaires	
		Fonction	Total effectifs
2.1.1. <u>Profils et effectifs des professionnels salariés de la structure</u>	L'établissement a transmis la liste des professionnels à date de l'inspection : le tableau comporte quelques anomalies (cases vides), toutefois, la mission constate : [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]		

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Écart 10 : En l'absence d'un médecin psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, l'établissement ne peut garantir la prise en charge médicale minimale prévue par la réglementation, prend le risque d'un suivi incomplet voire inapproprié des jeunes et contrevient à l'article D312-21¹⁴ et D312-22¹⁵ du CASF. Il n'existe pas d'accord avec un ORL, un dentiste, et un stomatologue. Écart 11 : L'absence de convention avec un ORL, un dentiste et un stomatologue contrevient à l'article D312-23 du CASF.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.2. <u>Profils et effectifs des professionnels administratifs salariés de la structure</u>	L'équipe administrative et technique est localisée sur le site de l'accueil de jour de Bussy-Saint-Georges. Elle prend en charge l'ensemble des modalités d'accueil et de sites de la plateforme. [REDACTED] [REDACTED]
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.3. <u>Profil et effectifs des professionnels de l'équipe de la formation professionnelle, salariés de la structure</u>	Le profil des usagers (troubles graves du spectre autistique et/ou du neurodéveloppement) ne nécessite pas la présence d'une équipe de formateur professionnel. Les usagers qui peuvent prétendre à une activité professionnelle sont accompagnés et des stages d'immersion qui sont alors organisés (conventions transmises)
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.4. <u>Les contrats de travail</u>	L'établissement ne recourt aux CDD qu'en cas de surcroît d'activité ou de remplacement d'absence.
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.5. <u>L'inscription ordinaire pour les professions à ordre (médecin, IDE, kinésithérapeute, podologue)</u>	L'inscription à l'ordre national infirmier de l'IDE de l'établissement n'a pas été fournie et la mission ne retrouve pas la trace d'une inscription ordinaire sur le site de l'annuaire santé¹⁶.

¹⁴ Article D312-21 Version en vigueur depuis le 08 janvier 2005 L'établissement s'assure les services d'une équipe médicale et paramédicale, comprenant notamment : 1° Un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence ; 2° Un pédiatre, ou, selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de l'établissement, un médecin généraliste ; 3° Un psychologue ; 4° Un infirmier ou une infirmière ; 5° Selon les besoins des enfants, notamment des kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens ; 6° En fonction des besoins, un médecin ayant une compétence particulière en neurologie, en ophtalmologie, en audiophonologie ou en rééducation et réadaptation fonctionnelle.

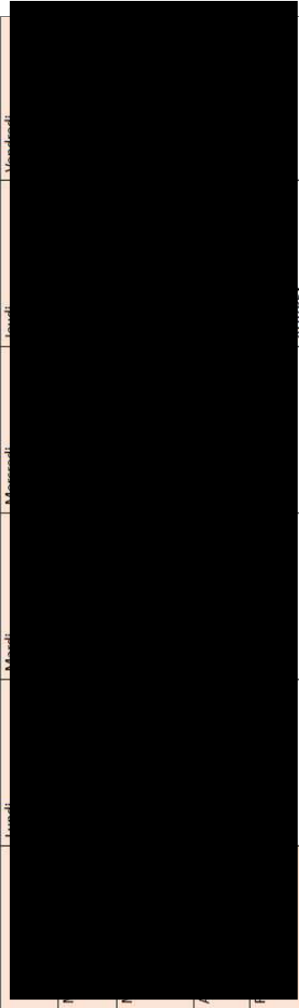
¹⁵ Article D312-22 Version en vigueur depuis le 05 avril 2009 Sous la responsabilité de l'un des médecins mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21, l'équipe médicale et paramédicale : 1° Met en œuvre les composantes thérapeutiques et rééducatives du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent ; 2° Assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille ; 3° Assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.

¹⁶ <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/recherche/resultats>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.6. <u>Le taux d'absentéisme des professionnels</u>	Écart 12 : La direction n'a pas vérifié l'inscription à l'ordre national infirmier de l'IDE de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L4311-15¹⁷ du CSP

¹⁷ **Article L4311-15 du CSP** : Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, avant leur entrée dans la profession, ainsi que celles qui ne l'exerçant pas ont obtenu leur titre de formation depuis moins de trois ans. [...]

Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation prévue au premier alinéa et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers. Toutefois, l'infirmier n'ayant pas de résidence professionnelle peut être autorisé par le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, et pour une durée limitée, renouvelable dans les mêmes conditions, à remplacer un infirmier. [...]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		L'établissement a déclaré avoir mis en place un superviseur BCBA¹⁹. Cette mention est retrouvée sur les plannings des psychologues « Supervision <i>par une psychologue BCBA 1x/mois</i> » sous le tableau de leurs activités hebdomadaire. <u>Document 3. Planning hebdomadaire d'une psychologue de la plateforme</u> 

¹⁹ Superviseur des professionnels ou des parents dans la mise en œuvre de l'ABA.

Points de contrôle		Observations ou commentaires					
Sous- thème ICAS 2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.12. <u>L'organisation générale du planning des professionnels</u>	Les plannings de l'équipe éducative sont réalisés par le chef de service. L'établissement est ouvert uniquement du lundi au vendredi et 210 jours par an. Le site d'hébergement est ouvert du lundi au jeudi soit 3 nuits par semaine. La plateforme comprend 4 modalités d'accueil et 5 sites : – UEMA (unité d'enseignement en maternelle autisme) au sein du groupe scolaire Louis Braille à Bussy-Saint-Georges ; – L'accueil de jour de Bussy-Saint-Georges ; – L'accueil de jour de Collégien ; – Un site d'hébergement ; – Un Sessad (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) Certaines équipes sont fixes (UEMA) et d'autres peuvent être amenées à intervenir sur plusieurs sites et/ou modalités d'accueil. Les plannings des professionnels sont intrinsèquement liés aux programmes des enfants qu'ils accompagnent. Les professionnels travaillent en hebdomadaire, les plannings présentant leurs horaires sont simples et facilement compréhensibles					
	2.1.13. <u>Les plannings des professionnels</u>	Document 4. Planning mensuel des professionnels de Bussy-Saint-Georges <table><tr><th>Poste</th></tr><tr><td>367</td></tr><tr><td>561</td></tr><tr><td>752</td></tr><tr><td>505</td></tr><tr><td>561</td></tr></table>	Poste	367	561	752	505
Poste							
367							
561							
752							
505							
561							

2.2. Gestion d'information

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.1. <u>Le registre unique du personnel (RUP)</u>	Le registre unique du personnel est un registre papier, il a été transmis.
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>Le registre des entrées et sorties des usagers</u>	Le registre des entrées et sorties a été consulté sur place. Il est informatisé. Il n'est pas parafé par le maire. Écart 14 : Le registre des entrées et sorties de l'établissement n'est pas parafé par le maire, ce qui contrevient à l'article R 331-5 du CASF ²⁰
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le registre des présences quotidiennes</u>	Sur chaque unité, une feuille de présence des jeunes est disponible. L'information est recueillie par la secrétaire qui met à jour de manière hebdomadaire l'état de présence. La procédure décrite par les professionnels prévoit qu'à chaque absence, les parents sont sollicités s'ils n'ont pas prévenu en amont.
2.3. Gestion d'information	2.2.4. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u>	Le rapport d'évaluation de la qualité, du 22 mai 2024, dans son plan d'action, préconise à la direction de matérialiser le dossier afin de garantir la confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne accompagnée. Au jour de l'inspection, les documents sont écrits et classés dans divers cahiers et/ou classeurs. Le déploiement du logiciel [REDACTED] en cours va permettre que tous les documents concernant l'usager soient accessibles sur un seul support. Une formation de l'ensemble des professionnels est envisagée au cours du 1^{er} semestre 2025 par la gouvernance de l'établissement et la professionnelle recrutée afin de mettre à jour le logiciel. Les procédures seront classées dans le logiciel [REDACTED]. Les dossiers administratifs sont conservés dans un espace sécurisé et avec un accès réglementé. Le dossier administratif des jeunes comporte les documents suivants : - Enquête et décision d'orientation ; - Autorisation parentale pour prise en charge en urgence ; - PIA et projet de scolarisation le cas échéant : ils sont en cours de renouvellement. - Compte-rendu réunion de synthèse ; - Compte-rendu de l'acquisition scolaire et formation professionnelle : il est présent dans deux dossiers dont une orientation professionnelle a été réalisée Les documents suivants ne sont pas au dossier :

²⁰ Article R331-5Version en vigueur depuis le 26 octobre 2004Le registre prévu à l'article L. 331-2 est coté et paraphé par le maire.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		- Informations sur le devenir du jeune pendant 3 ans après la sortie ; - Compte-rendu de surveillance régulière du développement psychologique, cognitif et corporel du jeune : en l'absence de médecin l'évolution de l'utilisateur n'est pas au dossier. - Certificats médicaux et résultats d'examen cliniques réalisés à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure. Écart 15 : Les dossiers administratifs des utilisateurs ne comportent pas tous les documents réglementaires ce qui contrevient à l'article D312-37 du CASF. 21
2.3. Gestion d'information	2.2.5. La traçabilité des soins des professionnels de soins interne dans les dossiers médicaux et de soins	Des transmissions infirmières sont présentes dans AIRMES ainsi que des transmissions sur des moments de crises ou d'agressivité des jeunes pris en charge. La traçabilité de l'administration des médicaments se fait sur papier dans un classeur identifié et pas dans le logiciel métier de soins. Il arrive que des transmissions concernant plusieurs jeunes soient notées dans un même item. De ce fait, on retrouve dans un dossier médical/de soins des informations concernant d'autres personnes. Écart 16 : La présence, dans des dossiers informatisés de soins, de données de prise en charge médicales ou de soins concernant d'autres utilisateurs du fait de transmissions communes à plusieurs utilisateurs ne garantit pas le respect de la confidentialité des données concernant chaque utilisateur. Cela contrevient aux dispositions des articles L311-322 du CASF et L1110-423 du CSP.
	2.2.6. Le stockage et la sécurisation des données médicales des utilisateurs	Les dossiers médicaux et de soins sont informatisés dans des logiciels métiers. Au dernier trimestre 2024, un changement de logiciel métier a débuté [REDACTED]. La transition entre les 2 logiciels métier est encore en cours au jour de l'inspection. Des formations, à l'utilisation du nouveau logiciel métier, ont eu lieu à l'été 2024 auprès des professionnels de l'IME.

21 Article D312-37Version en vigueur depuis le 05 avril 2009: L'établissement ou le service constitue et conserve pour chaque enfant ou adolescent, dans le respect des règles de droit régissant le secret professionnel et la conservation des documents, un dossier comportant, outre les informations d'état civil : 1° Les résultats des examens et enquêtes qui ont motivé la décision d'orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ; 2° Une autorisation écrite des parents ou tuteurs permettant la mise en œuvre de traitements urgents qui peuvent être reconnus nécessaires par les médecins de l'établissement ; 3° Le projet individualisé d'accompagnement défini par l'établissement pour l'enfant ou l'adolescent avec le projet personnalisé de scolarisation notifié par la commission des droits et de l'autonomie, constituant le volet scolaire ; 4° Le compte rendu des réunions de synthèse et de l'équipe de suivi de la scolarisation consacrées à l'enfant ou l'adolescent ; 5° Le compte rendu régulier des acquisitions scolaires et de la formation professionnelle ; 6° La décision et les motifs de la sortie établis par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ainsi que, le cas échéant, l'orientation donnée aux enfants ou aux adolescents ; 7° Les informations dont dispose l'établissement sur le devenir du jeune pendant un délai de trois ans après la sortie définitive ; 8° Le compte rendu de la surveillance régulière du développement psychologique, cognitif et corporel de l'enfant ou de l'adolescent ; 9° Les certificats médicaux et les résultats des examens cliniques et complémentaires pratiqués à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ou du service.

Le contenu et l'usage du dossier de l'intéressé doivent être conformes à la législation en vigueur, notamment aux articles L. 1111-7 et L. 1111-8 du code de la santé publique.

22 Article L311-3 du CASF : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : [...] 4° La confidentialité des informations la concernant

23 Article L1110-4 du CSP : 1.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. [...]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Du fait de l'existence de 2 logiciels, il n'a pas été facile à la mission de vérifier la complétude des dossiers et leur mise à jour (qualité et sécurité des personnes en situation de handicap (PSH)). <u>Accès aux données des logiciels métiers de soins :</u> Les [REDACTED] La mission est informée que le dossier administratif des usagers est rempli dans le logiciel par la secrétaire de direction. L'IDE est identifiée comme médecin généraliste dans le répertoire des professionnels internes de la plateforme. La question de l'accès aux différentes informations concernant les jeunes en fonction du profil n'a pas été clarifiée auprès de la mission. Écart 17 : En l'absence de formalisation de l'accès aux données informatiques selon le profil des professionnels, la sécurisation des données médicales n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-3²⁴ du CASF et L1110-4²⁵ du CSP. Consultation des dossiers de soins informatisés sur site le jour de l'inspection : Les dossiers de soins de 3 usagers ont été consultés simultanément [REDACTED] L'IDE rencontre des difficultés de prise en main du nouveau logiciel. Les documents dont les prescriptions sont en cours de transition numérique, à raison de 1 à 2 dossiers par mois (l'IME de Bussy Saint-Georges compte 42 usagers, soit une durée de transfert estimable à 2 ans) Remarque 13 : En planifiant, sur une longue période, le transfert des données entre les 2 logiciels métier de soins, cela engendre la multiplicité de supports de stockage des données médicales et de soins des usagers, ce qui fragilise la traçabilité des prises en charge. Parfois, les prescriptions transitent [REDACTED] par un autre fichier hors des logiciels métier. Écart 18 : En multipliant les lieux de stockage des prescriptions médicales scannées, la qualité de la prise en charge des usagers et leur sécurité n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3²⁶ du CASF.

²⁴ **Article L311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : [...] 4° La confidentialité des informations la concernant

²⁵ **Article L1110-4 du CSP** : 1- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. [...]

²⁶ **Article L311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : [...] 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Les informations médicales trouvées dans les dossiers ont été scannées par l'IDE : les prescriptions, les comptes-rendus d'hospitalisation, les comptes-rendus de consultation, les documents transmis par les familles, les documents transmis par les médecins traitants. Les comptes-rendus de réunion de consultation par IDE.au fil de l'eau. <u>Consultation des dossiers de soins informatisés avec un accès à distance :</u> La mission constate la complétude de certaines données dans l'ensemble des dossiers consultés : - Les régimes et allergies ; - CRR sur l'accompagnement au sein de la plateforme et au domicile ; - Le dossier de liaison d'urgence (DLU). Néanmoins, des données font défaut dans ces dossiers : - Pas de prescription [REDACTED], même pour les usagers hébergés au sein de la plateforme ou ayant un traitement le soir par antiépileptique ; - Pas de médicaments prescrit en « si besoin » en cas d'épilepsie ; - Pas de constantes dont le poids et la taille des usagers ; - Pas de suivi des vaccinations ; - Pas de données concernant les allergies ; - Des éléments de transmission dans le registre « fil d'activité » non réguliers, individuels ou collectifs, par exemple transmission du week-end, comptes-rendus d'accompagnement, d'activités ; - Dans l'agenda des jeunes consulté [REDACTED], des activités extérieures et l'hébergement sans mentionner les RDV extérieurs médicaux ; - Pas de projet d'accompagnement individualisé. Écart 19 : L'absence de projet d'accompagnement individualisé dans les dossiers des usagers contrevient aux dispositions de l'article D312-19²⁷ CASF. Écart 20 : La complétude des dossiers médicaux est insuffisante pour garantir la qualité de la prise en charge des usagers, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3²⁸ du CASF.

²⁷ **Article D312-19 du CASF** : Pour chaque enfant ou adolescent a élaboré un projet individualisé d'accompagnement, tel que défini à l'article **D. 312-10-2**, intégrant trois composantes : pédagogique, éducative et thérapeutique. L'ensemble des personnels mentionnés aux articles **D. 312-21, D. 312-24 et D. 312-25** sont associés à son élaboration. Le directeur de l'établissement ou du service est responsable de son élaboration et de sa mise en œuvre, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels. Il en assure la cohérence ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Il organise et préside notamment les réunions de synthèse.

²⁸ **Article L311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

La plateforme dispose de deux sites pour l'accueil de jour et d'un pavillon aménagé pour l'hébergement.

Le site visité est le site principal situé à Bussy Saint Georges, le site de Collégien a été vu de l'extérieur.

C'est à partir des documents demandés par la mission (suivi des réparations et entretien) que l'analyse a été effectuée.

Points de contrôle		Observations ou commentaires
Sous-thème IGAS 2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment et le suivi des réparations</u>	L'entretien des bâtiments est effectué. Concernant les deux sites accueillant les IME : Il s'agit d'un espace loué au sein d'un bâtiment dont le propriétaire organise les vérifications périodiques obligatoires et la maintenance des locaux. Un salarié polyvalent, embauché au 1 février 2025 en CDI, effectue les petits travaux. Les demandes sont effectuées par mail ou par téléphone lorsqu'elles sont urgentes ; au jour de l'inspection aucun support permettant de vérifier le suivi des actions menées n'est disponible. Le salarié va être reçu par la direction afin de faire un point d'étape. Il a déjà fait la demande d'un carnet de suivi des réparations.
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>L'accessibilité PMR des locaux</u>	Les locaux sont conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de : - Accessibilité, - Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs - Circulation verticale : rampe d'accès à l'extérieur et pas d'étage dans les locaux. La signalétique dans les locaux de l'IME est adaptée aux personnes accueillies dans l'établissement (pictogramme). Cependant, la signalétique extérieure permettant de situer le site de Bussy Saint Georges n'est pas visible. L'établissement a fourni à la mission les preuves de demandes de signalisation de l'établissement à la mairie (mail envoyé 3 fois).

2.4. Locaux et équipements

Sous-thème IGAS		Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.1.	<u>Fonctionnalité des locaux</u>	<u>Le site d'hébergement :</u> La municipalité de la ville de Collégien a mis à la disposition de l'Association, dans le cadre d'une convention de mise à disposition à titre gracieux, une maison dans laquelle l'association a effectué des travaux et des aménagements afin d'accueillir le dispositif hébergement 3 jours/nuits par semaine ainsi que le projet associatif « maison tremplin ». Le pavillon comporte trois chambres, dont une double, pour les usagers, une chambre pour le veilleur, une cuisine, un salon, une salle d'eau, deux toilettes et un jardin. Les locaux sont entretenus par les usagers et par une maîtresse de maison commune avec le site de Collégien qui passe quotidiennement. Le mobilier et l'aménagement sont ceux qu'on retrouve habituellement au sein d'une maison individuelle, avec un renforcement de la sécurité (accès avec interphone et clé). À terme, le projet est que l'hébergement soit installé au sein d'un bâtiment regroupant les activités de la Plateforme, qui sera construite à Bussy-Saint-Georges/Collégien. Un appartement pédagogique y est prévu, avec six chambres usagers et une chambre veilleur avec une salle d'eau privative, ainsi qu'une cuisine. <u>Le site de Bussy Saint Georges :</u> Les locaux ont pour visée de proposer des activités pédagogiques et sportives. Il dispose de bureaux pour les professionnels administratifs et la direction, d'une cuisine, d'une salle d'apaisement, d'un espace repas, d'un toilette pour les usagers, d'une douche, d'une buanderie, d'un espace de stockage de vêtements et de matériels administratifs. Un nombre important d'informations se trouve affiché sur les murs. L'utilisation des espaces n'est pas clairement définie. L'espace de travail des professionnels est restreint ; le bureau de la psychologue fait également office de salle de pause pour l'ensemble des professionnels. Il n'y a pas d'infirmerie. Remarque 14 : Même si chaque espace du lieu a une fonction spécifique, ou tout au moins repérable : coin repos, coin repas, coin jeux, coin toilette, l'organisation de l'espace de vie n'offre pas un environnement structuré, il revêt plusieurs fonctions, il est surchargé de signalétique, voire sans cohérence. Un projet de déménagement est en cours.
	2.4.2.	<u>La circulation dans les locaux</u>	Les ouvertures principales sont sécurisées par un badge. Les couloirs utilisés par les usagers sont spacieux et les piste de marche ou de circulation sont dépourvus d'obstacles ou de difficultés. Les murs protégés par des pare-chocs et des revêtements de protection adaptés sont présents dans la salle d'apaisement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.3. <u>La salle d'apaisement</u>	La structure dispose d'un espace permettant le retrait et l'apaisement des usagers sur le site de Bussy . La procédure datant du 15/05/2024 visant à encadrer l'utilisation de la salle d'apaisement a été transmise à la mission, elle est en conformité avec les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux(ANESM) sur les espaces de calme et de retrait.. Les professionnels rencontrés n'ont pas indiqués connaître ou avoir été destinataires de la procédure . Remarque 15 : Les professionnels n'ont pas connaissance de la procédure de la salle d'apaisement ce qui ne permet pas une uniformisation des pratiques d'utilisation de la salle .

2.5. Sécurité

Points de contrôle		Observations ou commentaires
Sous-thème ICAS 2.5. Sécurités	2.5.1. <u>L'assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement</u>	L'association gestionnaire a contracté une assurance générale au bénéfice des jeunes qui ne sont pas couverts par le titre Ier du livre IV du code de la sécurité sociale.
2.5. Sécurités	2.5.2. <u>La qualité de l'eau</u>	La qualité de l'eau a été contrôlée le 24 octobre 2024. Cela est réalisé périodiquement .
2.5. Sécurités	2.5.3. <u>Les vaccinations des usagers</u>	Il n'existe pas de document au sein de l'établissement synthétisant l'état vaccinal des jeunes accompagnés. Pas de trace des vaccinations dans le logiciel métier [REDACTED] Lors des entretiens, la mission est informée que le suivi des vaccinations est géré par les familles et les médecins traitants.
		Écart 21 : L'absence de suivi de l'état vaccinal des usagers par les professionnels de soins contrevient aux dispositions des articles D312-22²⁹ et D312-36³⁰ du CASF.
2.5. Sécurités	2.5.4. <u>L'aide à la prévention des chutes</u>	Des sièges sont présents dans l'ensemble des pièces accueillant les usagers. Il n'y a pas de barres d'appui dans les couloirs. Les usagers rencontrés ne présentent pas de risque de chute lors de leurs déplacements.
2.5. Sécurités	2.5.5. <u>PV de la commission pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</u>	[REDACTED]

²⁹ **Article D312-22 du CASF** : « Sous la responsabilité de l'un des médecins mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21, l'équipe médicale et paramédicale : [...] 2° Assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille : [...] »

³⁰ **Article D312-36 du CASF** : Sauf contre-indication expresse notifiée par le médecin traitant, les enfants satisfont aux obligations vaccinales prévues par la loi.

3. Prises en charge

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.1. <u>L'admission</u>	La procédure d'admission est décrite dans le projet d'établissement mais n'est pas formalisée spécifiquement. A réception de la notification, l'établissement contacte la famille pour convenir d'une première rencontre. Si une place est vacante, un entretien avec les parents pour préparer la période d'observation est réalisé par l'équipe pédagogique et psychologique. S'il n'y a pas de place vacante, la candidature est inscrite en liste d'attente. Les situations inscrites sur la liste d'attente sont reçues une fois par an. Une période d'observation et d'adaptation est organisée visant à évaluer et observer les compétences et difficultés de l'enfant, servant à élaborer le projet individuel d'accompagnement. La cellule de coordination des parcours se réunit une fois par trimestre afin de faire le point sur la liste d'attente présente sur Via Trajectoire et sur les admissions possibles. Aucun document fourni à la mission, aucun entretien ne permet de définir les modalités de communication concernant les admissions, en lien avec la MDPH. Écart 22 : L'absence de communication à la MDPH des admissions prononcées dans un délai de 15 jours à la date de l'admission contrevient aux dispositions de l'article D.312-35 du CASF³¹
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>Le dispositif « une réponse adaptée pour tous »</u>	Selon les entretiens menés et les documents fournis, la structure ne participe à aucun groupe opérationnel de synthèse (GOS) pour l'élaboration de pistes d'action individualisées pour des usagers sans solution ou pour des usagers dont la situation est complexe.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>Le document individuel de prise en charge (DIPC) ou contrat de séjour</u>	Les DIPC et les contrats de séjour présents aux dossiers consultés sur place, sont signés par les différentes parties et sont conformes aux articles L 311-4 du CASF. Au jour de l'inspection, les DIPC sont réalisés à la marge L'établissement étant passé en plateforme, l'hébergement étant une possibilité de prise en charge pour l'usager, le contrat de séjour est privilégié. Les DIPC sont progressivement remplacés par la signature d'un nouveau contrat de séjour. Le contenu d'un contrat de séjour décrit une prise en charge globale, les particularités de chaque action menée sont déclinées dans le projet individualisé de chaque usager.

³¹ Article D312-35Version en vigueur depuis le 05 avril 2009Le directeur prononce l'admission de l'enfant ou de l'adolescent conformément à la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et dans les conditions fixées à l'article D. 312-10-3. Le directeur est tenu d'informer dans un délai de quinze jours la maison départementale des personnes handicapées de la suite réservée à la désignation opérée par la commission des droits et de l'autonomie conformément aux dispositions de l'article R. 146-36.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>Le livret d'accueil</u>	Un livret d'accueil est remis à l'utilisateur et/ou son représentant légal dès la pré-admission et il est un document parlé entre tous les acteurs lors de la signature du contrat de séjour. Le livret d'accueil comprend : - La charte des droits et libertés de la personne accueillie ; - Le règlement de fonctionnement ; Sa révision est en cours, il sera modifié lors de l'élaboration du projet de service en cours de réalisation.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.5. <u>La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers</u>	Les familles sont chargées de prendre les rendez-vous extérieurs dans le cadre de la prise en charge médicale et paramédicale des usagers puis transmettent l'information à l'IME. L'IDE est en soutien des familles en cas de difficulté dans la prise de rendez-vous. Selon les entretiens avec les professionnels, les parents sont chargés d'accompagner les usagers aux rendez-vous extérieurs et un professionnel peut être présent en cas d'utilisateur présentant des troubles du comportement importants pouvant nuire à la réalisation du rendez-vous extérieur. Selon les entretiens, cet accompagnement par un professionnel n'est pas réalisé au sein de l'IME de Collégien, même à la suite de la demande des parents. Sur l'IME de Bussy-Saint-Georges, il apparaît dans certains emplois du temps d'utilisateurs que la psychologue peut accompagner les familles. Des entretiens menés avec des familles, il ressort que ces accompagnements pèsent sur elles, qu'il est difficile selon les jours de faire faire un accompagnement par l'établissement, ce en lien, selon elles, avec un manque de professionnels sur site. Écart 23 : En n'honorant pas systématiquement les demandes des parents pour un accompagnement lors de RDV médicaux extérieurs pour leur enfant dont le comportement pourrait nuire à la bonne réalisation du RDV, la plate-forme contrevient aux dispositions de l'article D312-12³² du CASF.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.6. <u>Les transmissions inter équipes</u>	Les professionnels réalisant la prise en charge en hébergement ont un temps de transmission à la prise de chaque service. Il est prévu dans le temps de travail. Les transmissions sont orales et écrites. Leur retranscription s'effectue sur le logiciel dédié, dont l'accès est possible même à un salarié intérimaire.
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.7. <u>L'amendement Creton</u>	Les usagers en amendement Creton sont au nombre de 5. Il s'agit d'utilisateurs pris en charge avant leur majorité et pour lesquels le projet est d'intégrer un établissement adulte

³² **Article D312-12 du CASF** : L'accompagnement mis en place au sein de l'établissement ou du service tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne et sociale des enfants ou des adolescents accueillis. Il a également pour objectif d'assurer leur insertion dans les différents domaines de la vie, [...] Les missions de l'établissement ou du service comprennent : 1° L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ; [...]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.8. <u>La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie</u>	Selon le projet de service caduque et les entretiens avec les familles et les professionnels, la préparation à la vie d'adulte en matière d'autonomie se définit dans le cadre du projet individualisé d'accompagnement (PIA), coconstruit avec l'utilisateur et la famille et en fonction des capacités de l'utilisateur. Les utilisateurs en capacité d'expérimenter l'autonomie en dehors du domicile sont orientés vers les places d'hébergement disponibles. Pour les autres, une action d'insertion en milieu ordinaire ou protégé peut être développée. L'orientation au sein d'une autre structure, est portée par les familles. L'établissement n'intervient qu'en terme de soutien aux démarches. À savoir, lors de la révision du PIA, pour chaque futur majeur, une orientation est proposée (en EAM, ESAT ...), une aide à la demande de renouvellement et réorientation de la décision de la MDPH est réalisée par les familles et soutenue par la psychologue ou le référent éducatif ; le cas échéant. Au jour de l'inspection aucun utilisateur n'a été réorienté, le futur projet de service pose les jalons d'un suivi des utilisateurs durant au moins 3 ans suivant la sortie conformément aux dispositions de l'article D 312-18 du CASF.

3.2. Les projets individualisés d'accompagnements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.1. <u>Les outils d'évaluation</u>	L'établissement base son modèle d'accompagnement et d'éducation sur les approches comportementales recommandées, telles que l'ABA (Applied Behavior Analysis), TEACCH, PECS, ESDM ainsi que sur le sport et l'inclusion scolaire et sociale. Pour développer ce modèle , le plan de formation intègre des formations dites obligatoires afin de développer auprès des salariés la méthodologie d'évaluation des besoins spécifiques pour chaque utilisateur . Depuis 2024, l'évaluation est pluridisciplinaire sur le site de Bussy . Des plans individualisés permettant de sécuriser chaque utilisateur sont élaborés . On trouve, affichés dans certains espaces, des plans de besoins. Cela permet, pour les utilisateurs dont les comportements problématiques sont nombreux, que chaque professionnel puisse agir de manière adaptée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.2.2. <u>Les Projets d'accompagnement individualisés (PIA) :</u>	Un calendrier annuel de révision des PIA a été remis à la mission. Les PIA ne sont pas inclus dans le logiciel AIRMES mais dans les dossiers des usagers en format papier. <u>La procédure :</u> Des réunions dites de synthèse concernant les jeunes accompagnés sont planifiées 1 fois par semaine. Y sont associés les familles, l'usager lorsqu'il a la capacité de participer, la psychologue, le référent éducatif, et tous acteurs autour de l'enfant pouvant porter un avis concernant les perspectives et orientations. Pour le versant soin, il retrace les besoins repérés avec le médecin traitant ou le psychiatre de l'usager. La psychologue est porteuse de cet aspect et le décline en objectifs opérationnels à atteindre. <u>La référence :</u> Le futur projet de service pose que la référence est double : un référent éducatif et une psychologue. Jusqu'en 2024, tous les usagers avaient pour référente une psychologue. Cette organisation perdure sur le site de Collégien. Selon les entretiens réalisés avec les professionnels mais aussi les familles, cette nouvelle modalité de référence, permet le double regard sur les situations et les professionnels seraient mieux repérés par les familles. Il a été également renvoyé que cette double référence permet d'avoir un autre interlocuteur lorsque la relation avec l'un des référents est dégradée, ce qui permettrait de maintenir le lien en cas de conflit ou désaccord.
		Remarque 16 : Selon les entretiens, le turn over des professionnels sur le site de Collégien impacte la référence. La mise en œuvre de la référence d'un usager est différente selon les sites.

3.3. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.1. <u>Les personnes qualifiées départementales</u>	Une liste départementale de personnes qualifiées est à disposition des usagers et familles pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer leur choix, le cas échéant.
3.2. Respect des droits des personnes	3.3.2. <u>La personne de confiance des usagers</u>	Les usagers et les familles sont informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance. Ils disposent de cette information dans le livret d'accueil et dans le règlement de fonctionnement. La spécificité du public nécessitant la mise en œuvre de mesures de protection telles que la tutelle, la curatelle ou la tutelle familiale, la personne de confiance est intégrée dès l'admission à l'élaboration du projet de l'usager. Leurs coordonnées sont renseignées dans le dossier de l'usager.

3.4. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.1. <u>Relations avec les familles</u>	Les documents fournis à la mission et les entretiens réalisés avec les professionnels et la direction informent que les familles sont associées à chaque étape du projet et de la prise en charge de l'usager. <u>L'accompagnement des familles au quotidien :</u> Il ressort des entretiens avec les familles que l'accompagnement de leur enfant peut être impacté par un turn over des professionnels, un manque de retour d'information, un manque de transmission des fiches de suivi quotidien, un manque de temps alloué à la fin de la journée lors de la tournée de dépose des enfants au domicile. De plus, lorsqu'une difficulté en lien avec le comportement d'un usager qui se dégrade et vient impacter la sécurité des autres usagers, les parents sont reçus par la direction. Il semble que le partage d'information sur le déroulé de la journée est décrit comme insuffisant par les familles. Cette insuffisance aurait été régulée par le développement d'un outil de transmission, mais les familles sont demandeuses d'un temps d'échange avec les professionnels lorsqu'ils viennent déposer ou récupérer leur enfant. Le document de liaison remis aux parents n'inclut pas un espace de demande ou de description de la nuit de l'usager (par exemple) afin que les familles renvoient également des informations au quotidien. Les locaux ne disposent pas d'espace d'accueil des familles. <u>La demande de rendez-vous :</u> La direction reçoit les familles qui le demandent, en présence du chef de service. Selon les entretiens, la psychologue rappelle toutes les familles qui souhaitent avoir des informations. Des entretiens peuvent être accordés au fil de l'eau. Remarque 17 : Les moyens de communication entre les familles et les professionnels ne permettent pas des échanges bidirectionnels d'informations sur les usagers. Remarque 18 : La communication est impactée par une organisation de retour le soir circonscrite à la dépose de l'enfant avec une fiche de suivi journalière. Aucun temps et aucun espace n'est prévu avec les parents pour parler des éventuelles difficultés ou évoquer un changement d'emploi du temps ou tout autre aléa survenu dans la journée de l'enfant.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.2. <u>Organisation de sortie extérieure</u>	La structure organise des sorties extérieures : - Sur une journée : elles font parties de l'emploi du temps de chaque jeune, elles peuvent être collectives ou individuelles. - Sur plusieurs jours : des séjours en colonies adaptés sont proposés.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.4.3. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>	L'accompagnement a pour finalité de faciliter l'inclusion recherchée des enfants et des jeunes dans la société, en leur permettant d'acquérir des compétences adaptatives nécessaires, l'établissement vise à intégrer tout au long du parcours la question de l'autonomie dans la vie quotidienne (communication fonctionnelle, autonomie corporelle, vie relationnelle et affective...). Ces aspects sont déclinés individuellement dans les projets individuels d'accompagnement.

3.5. Vie quotidienne

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>Le transport des jeunes</u>	Le transport des jeunes entre leur domicile et la structure le matin est organisé par les familles et le soir il est géré par les professionnels. Le transport entre la structure et l'hébergement est géré par les professionnels après l'arrivée des usagers sur le site de Bussy Le futur projet d'établissement prévoit que l'organisation des transports soit circonscrite sur le secteur prioritaire d'intervention de Collégien et de Bussy-Saint-Georges, sous forme de tournée collective dans ces villes, le matin et le soir, ainsi que des points de ramassage pour les usagers résidant à l'extérieur de ce secteur. Il ne précise pas si cela va s'effectuer par les professionnels de la structure ou un transporteur. Le transport est assuré uniquement pour les usagers bénéficiant d'un accueil de jour ou de l'hébergement. En cas d'accueil séquentiel, une organisation avec chaque famille est recherchée. La possibilité de transports à l'ensemble des personnes accueillies, dans la limite d'un périmètre plus large, en faisant appel à un prestataire extérieur n'est pas développée au jour de l'inspection. Selon les entretiens, il ressort que le transport des usagers pour leur retour à leur domicile est organisé de manière qu'il soit terminé à 16h, heure de fin d'accueil au sein de l'IME. De ce fait, les parents doivent adapter leur emploi du temps, notamment professionnel, pour accueillir leur enfant bien avant 16h, selon si le domicile est en début ou en fin de tournée. Lorsqu'un incident ou un accompagnement inopiné survient, les tournées peuvent être annulées, les véhicules étant alors réservés à la gestion de cet évènement. Les familles sont donc sollicitées pour organiser le retour de leur enfant et ses accompagnements en journée si nécessaire. Remarque 19 : Le transport des usagers pour leur retour au domicile est organisé sur le temps d'accueil au sein de l'IME, ce qui réduit le temps de prise en charge des usagers et impactent les parents dans leur emploi du temps, notamment professionnels.

3.6. L'hébergement

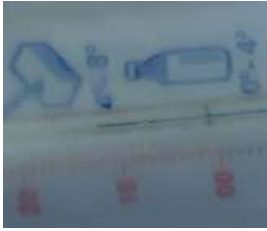
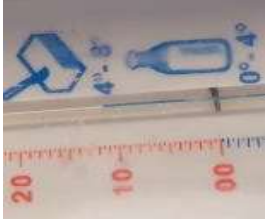
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.6.1. <u>L'hébergement</u>	<u>Les locaux</u> Cf. 2.4.1 Les locaux <u>Organisation de l'accompagnement</u> Les usagers y sont accueillis pour trois jours, le mardi à partir de 16h jusqu'au lendemain à 9h. Les activités de la journée prévue dans les plannings individuels sont prévues en amont et en lien avec les besoins des usagers. Une équipe de deux éducateurs est prévue en soirée, entre au plus tôt 16h et 21h15, avec une relève de deux surveillants de nuit de 21h à 7h15, ils ont reçu la formation nécessaire à l'accompagnement des jeunes pendant la nuit. L'infirmier intervient entre 17h et 18h afin de sécuriser la distribution des médicaments. Au jour de l'inspection la possibilité d'accueil ne concerne que les plus de 18 ans. L'objectif premier est de les préparer à l'accès à un hébergement médicalisé type EAM. En cas de nécessité de répit, l'établissement ne propose pas d'accueil en hébergement, contrairement aux objectifs fixés dans le cadre du CPOM et à l'arrêté d'autorisation. Écart 24 : En ne proposant l'accès à l'hébergement qu'aux usagers majeurs, excluant tous les autres usagers de la plateforme, l'établissement contrevient aux objectifs du CPOM 2024-2028 de la plateforme ECLAIR.
	3.6.2. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u>	Une attention est portée sur l'hygiène dans le projet individualisé des usagers. Selon les profils, cela peut être un des axes du travail à mener pour accéder à une autonomie . En hébergement, le suivi de l'hygiène corporelle est tracée dans les transmissions, renvoyant les éventuelles difficultés rencontrées et l'accement réalisé afin que les actes d'hygiène soient réalisés.

3.7. L'alimentation

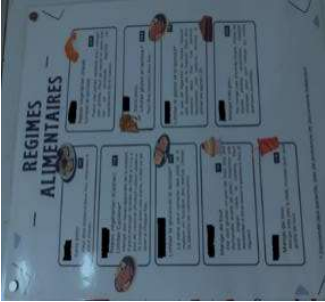
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.1. <u>La conception des repas</u>	Il existe une convention entre un prestataire de restauration collective et le client « l'association Autisme en Ile de France » signée le 1^{er} juin 2024 pour les déjeuners et ce pour une durée indéterminée. Les menus sont élaborés selon un cahier des charges définis entre l'établissement et le prestataire. Ils prennent en compte les besoins des usagers. Les 14 allergènes obligatoires à déclarer dans les repas sont transmis pour information par le prestataire. En cas d'allergie ou d'aversion alimentaire, des aliments de substitution peuvent être fournis par le prestataire, par les familles ou cuisinés sur place par les éducateurs (riz, pâtes sans gluten, ..).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	Les éducateurs font chauffer si besoin les plats. Aucun élément n'a été fourni concernant une commission des menus. Écart 25: En ne mettant pas en place de commission des menus, la direction ne formalise pas des temps d'échanges entre les professionnels de la plateforme et le prestataire de restauration afin d'adapter la composition des repas selon les besoins et envies des usagers. Cela contrevient à l'article D312-22 du CASF.³³ L'organisation se décline comme suit : - Petit-déjeuner : il est pris au sein de la maison de manière collective. Il s'agit d'un petit déjeuner prenant en compte les besoins des usagers (1 jus de fruits , une boisson chaude , une collation , un fruit) . - Déjeuner : Ils sont pris sur la salle dédiée à cet effet , un plan de table est présent . Trois professionnels sont présents . - Goûter : une collation est proposée à 16h00 - Dîner et Collation du soir : sur la maison le dîner est préparé avec les usagers ou livré . Une collation est possible (fruit ou petit gâteau) . Sur l'IME de Bussy saint Georges, la salle de restauration est dans les locaux de l'IME avec une cuisine adjacente constamment fermée à clé en dehors des repas ou des ateliers cuisine. Pour le repas du midi, les jeunes sont répartis en 2 groupes (5 usagers puis 3-4 selon les jours) qui se succèdent dans cette unique salle à manger. Chaque service dure 45 minutes et est encadré par 3-4 professionnels (éducateurs, IDE, psychologue). Si besoin un jeune peut être isolé sur une table en cas de troubles dus à la proximité. Certains jeunes sont autonomes pour les repas. Des ateliers cuisine sont organisés (cours et cuisine).	 Document 6. Salle à manger de l'IME Eclair de Bussy-Saint-Georges (photo prise par la mission sur site le 11/03/2025)

³³ Article D312-22 Version en vigueur depuis le 05 avril 2009 Sous la responsabilité de l'un des médecins mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21, l'équipe médicale et paramédicale : 1° Met en œuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent ; 2° Assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille ; 3° Assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement 3.7.2. <u>Les salles de restauration</u>		Il y a 1 réfrigérateur dans la salle à manger et 1 autre dans la cuisine. Un thermomètre est présent dans chacun d'eux. Aucune traçabilité de la surveillance des températures n'a été constatée par la mission. Cependant, la mission observe que les thermomètres indiquent unanimement une température à 11°C. La mission s'interroge sur la fiabilité des thermomètres et sur la surveillance des températures à l'intérieur des réfrigérateurs. Le jour de l'inspection, la mission rappelle que les denrées alimentaires réfrigérées doivent être conservées entre +2 et +8°C. Au-delà, les denrées doivent être éliminées pour éviter toute tox-infection alimentaire. Les produits laitiers présents ont ainsi été éliminés. Écart 26 : En l'absence de surveillance de la température intérieure des réfrigérateurs, tracée et mesurée avec des thermomètres calibrés, la sécurité des usagers n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 ³⁴ du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives au circuit du médicament. <u>Document 7. Thermomètre du réfrigérateur de la cuisine</u> (photo prise par la mission sur site le 11/03/2025)  <u>Document 8. Thermomètre du réfrigérateur de la salle à manger</u> (photo prise par la mission sur site le 11/03/2025)  L'organisation se décline comme suit : - Petit-déjeuner : il est pris au sein de la maison de manière collective . Il s'agit d'un petit déjeuner prenant en compte les besoins des usagers (1 jus de fruits , une boisson chaude , une collation , un fruit) . - Déjeuner : Ils sont pris sur la salle dédiée à cet effet , un plan de table est réalisé . Trois professionnels sont présents . - Goûter : une collation est proposée à 16h00 - Diner et Collation du soir : sur la maison le diner est préparé avec les usagers ou livré . Une collation est possible (fruit ou petit gateau) .

³⁴ **Article L.311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :
1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; [...]

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.3. <u>Les régimes, textures</u>	Au sein de l'IME de Bussy, les régimes sont transmis par la famille et sont affichés dans la cuisine avec les habitudes alimentaires des usagers Au jour de l'inspection, il n'y a pas d'indication de texture modifiée pour l'ensemble des usagers.  Document 9. Affichage des régimes et habitudes alimentaires (Photo prise par la mission sur site le 11/03/2025)
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.4. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u>	Selon les entretiens, les professionnels sont sensibilisés à la prise en charge des fausses routes avec l'appel des secours. La mission n'a pas constaté de procédure de prévention et de gestion des troubles de la déglutition. Écart 27 : En ne formalisant pas une procédure de prévention et de gestion des troubles de la déglutition la prise en charge ne peut être harmonisée au sein de l'IME et la sécurité des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3³⁵ du CASF.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.7.5. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u>	Selon les entretiens, les poids des usagers seraient mesurés tous les 2 à 6 mois selon les besoins. La mission n'a pas pu constater la traçabilité de ces mesures dans le logiciel de soins. Un format papier a été montré mais on ne sait pas avec quelle fréquence la fiche est remplie. Écart 28 : En ne traçant pas le suivi de l'évolution de l'état nutritionnel des jeunes, les professionnels de soins contreviennent aux dispositions du 3° de l'article D312-22³⁶ du CASF.

³⁵ **Article L.311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;

³⁶ **Article D312-22 du CASF** : Sous la responsabilité de l'un des médecins mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21, l'équipe médicale et paramédicale : 1° Met en œuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent ; 2° Assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille ; 3° Assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.

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

Points de contrôle		Observations ou commentaires																																																	
3.8.1. <u>L'organisation des activités éducatives</u>		L'établissement base son modèle d'accompagnement et d'éducation sur les approches comportementales recommandées, telles que l'ABA (Applied Behavior Analysis), TEACCH, PECS, ESDM ainsi que sur le sport et l'inclusion scolaire et sociale. Le projet d'établissement en cours de révision transmis, datant du 3/09/2022, prévoit une organisation hebdomadaire pour les activités des usagers. <u>Exemple d'un planning pour un enfant entre 6 et 11 ans :</u> <table><tr><th></th><th>modalités</th><th>lundi</th><th>mardi</th><th>mercredi</th><th>jeudi</th><th>vendredi</th></tr><tr><td></td><td>lieu</td><td>école</td><td>école</td><td>centre de loisirs</td><td>école</td><td>école</td></tr><tr><td>matin</td><td>Type d'accompagnement</td><td>prestations externalisées</td><td>prestations externalisées</td><td>prestations externalisées</td><td>prestations externalisées</td><td>prestations externalisées</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Sur site/dans l'environnement</td><td>Sur site/dans l'environnement</td><td>dans l'environnement</td><td>Sur site/dans l'environnement</td><td>Sur site/dans l'environnement</td></tr><tr><td>après midi</td><td>Type d'accompagnement</td><td>Prestations spécialisées</td><td>Prestations spécialisées</td><td>Prestations externalisées (séance orthophonie)</td><td>Prestations à visée sociale</td><td>Prestations spécialisées</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>sur site</td><td>dans l'environnement</td><td>sur site</td><td></td></tr><tr><td>soirée</td><td>Type d'accompagnement</td><td></td><td>prest.spé. (hébergement)</td><td></td><td>prest.ext. (guidance au domicile)</td><td></td></tr></table> L'étude des plannings d'activité fournis à la mission et l'analyse des projets individualisés amènent la mission à définir que des activités éducatives sont réalisées en lien avec les besoins qui sont évalués avec l'aide du référentiel SERAPHIN PH, dans le cadre du PAI. Les activités sont organisées : - Individuellement : un planning individuel est réalisé par semaine, indiquant tous les temps menés pour chaque enfant. Cet emploi du temps est remis aux familles. - Des protocoles spécifiques de prise en charge sont pensés. Des espaces repérés pour certains usagers (salle dédiée) sont présents. - Collectivement : des temps collectifs sont programmés dans les plannings, un soin particulier est apporté dans les interactions entre usagers afin d'éviter des épisodes de violences entre usagers notamment, ou une déstabilisation de certains autres usagers. Des activités éducatives proposées tendent-à développer la personnalité, la communication, la socialisation et l'autonomie. Il ressort des entretiens avec les familles que les emplois du temps de la structure de Bussy ne sont pas automatiquement transmis et qu'il est difficile de les obtenir.		modalités	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi		lieu	école	école	centre de loisirs	école	école	matin	Type d'accompagnement	prestations externalisées	prestations externalisées	prestations externalisées	prestations externalisées	prestations externalisées			Sur site/dans l'environnement	Sur site/dans l'environnement	dans l'environnement	Sur site/dans l'environnement	Sur site/dans l'environnement	après midi	Type d'accompagnement	Prestations spécialisées	Prestations spécialisées	Prestations externalisées (séance orthophonie)	Prestations à visée sociale	Prestations spécialisées				sur site	dans l'environnement	sur site		soirée	Type d'accompagnement		prest.spé. (hébergement)		prest.ext. (guidance au domicile)	
	modalités	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi																																													
	lieu	école	école	centre de loisirs	école	école																																													
matin	Type d'accompagnement	prestations externalisées	prestations externalisées	prestations externalisées	prestations externalisées	prestations externalisées																																													
		Sur site/dans l'environnement	Sur site/dans l'environnement	dans l'environnement	Sur site/dans l'environnement	Sur site/dans l'environnement																																													
après midi	Type d'accompagnement	Prestations spécialisées	Prestations spécialisées	Prestations externalisées (séance orthophonie)	Prestations à visée sociale	Prestations spécialisées																																													
			sur site	dans l'environnement	sur site																																														
soirée	Type d'accompagnement		prest.spé. (hébergement)		prest.ext. (guidance au domicile)																																														
Sous-thème IGAS 3.5 Champ de l'éducation		Remarque 20 : La transmission des plannings des usagers aux parents n'est pas systématique sur le site de Bussy Saint Georges																																																	

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	3.8.2. <u>Articulation des équipes éducatives et pédagogiques</u>	Des articulations entre les équipes pédagogiques et éducatives existent et sont formalisées au travers de différentes réunions pluridisciplinaires.
		Afin de favoriser l'inclusion, l'établissement a contracté : [redacted]
		[redacted]
		[redacted]
		[redacted]
		[redacted]
		[redacted]

3.9. Champ de l'éducation : la scolarisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
3.5 Champ de l'éducation	3.9.1. <u>L'intégration scolaire</u>	La scolarité des enfants entre 11 et 15 ans L'orientation en 6ème est préparée en amont, afin d'éviter les ruptures de parcours et le retour total en milieu spécialisé. Dès lors, un entretien d'orientation est programmé afin d'évaluer la capacité de l'enfant à s'inscrire dans un milieu ordinaire (la temporalité est alors définie) à la suite d'une préparation dans toutes ses dimensions, afin de ne pas mettre le jeune élève en difficulté constante. L'orientation peut se faire soit au sein d'une unité localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), soit au sein d'une classe ordinaire de 6ème avec l'organisation d'un soutien important afin d'éviter une décompensation du jeune élève, sur le plan psychologique, mais également un appui pour l'aide aux devoirs, aux apprentissages, à la préparation et à l'adaptation des examens (passage du Diplôme National du Brevet, du Certificat de Formation Générale) mais également aux relations interpersonnelles avec les camarades. Le dispositif participera au PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) organisé par le référent scolaire en collège, afin de préciser les aides possibles qu'il pourra apporter. La transition vers le lycée ou un projet de formation sera préparé en amont, afin de faciliter la transition et maintenir le jeune en milieu ordinaire, sans risque de rupture de parcours et de décompensation psychologique. <u>L'intégration scolaire en classe élémentaire :</u> Les enfants peuvent bénéficier d'une scolarité ordinaire à temps partagé entre la plateforme et l'école, en fonction des évaluations réalisées, mais également d'une orientation vers un dispositif spécialisé de l'Éducation Nationale (ULIS) ou du médico-social (UEEA). Le référent et/ou la psychologue sont les interlocuteurs de l'Éducation nationale. Ils participent aux réunions pluriprofessionnelles s'ils sont convoqués <u>L'intégration scolaire en maternelle :</u> 7 enfants sont accueillis en milieu ordinaire : l'UEMA (Unité d'Enseignement Maternelle Autisme). Les interventions peuvent être réalisées soit au sein d'une UEMA, qui sont cadrées dans le projet spécifique en lien avec le cahier des charges national des UEMA, soit au sein de la classe maternelle de quartier de l'enfant.
	3.9.2. <u>Les projets personnalisés de scolarisation</u>	Le projet individualisé de scolarisation de chaque usager est inclus dans les PIA.

3.10. Champ de l'éducation : la formation professionnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	3.10.1. <u>L'insertion professionnelle</u>	La préparation du projet professionnel des jeunes entre 15 et 20 ans fait l'objet d'une concertation avec l'éducation nationale, la famille et les référents (éducatif et psychologue) de l'utilisateur au sein de la plateforme Les modalités d'intervention et d'accompagnement au lycée sont les mêmes qu'en collège, avec un soutien renforcé sur le plan psychologique. En cas d'orientation vers un cursus professionnel, il peut être proposé un soutien pour la recherche d'une entreprise, le suivi des stages, et la préparation à l'employabilité. Ces actions relèveront du dispositif nommée « préparation à l'insertion professionnelle ». Au jour de l'inspection, deux jeunes bénéficient d'un accompagnement en milieu professionnel Des conventions signées avec un ESAT, une crèche, un commerce de proximité, permettent à ces jeunes de bénéficier de stages et d'immersion en entreprise Il est à noter que les familles rencontrées ont plébiscité ce dispositif d'insertion, et ont renvoyé que cela ne se développait pas de manière équivalente au sein de l'unité de Collégien puisque seule la psychologue est référente de l'enfant.
		Remarque 21 : Il manque d'uniformisation des actions menées pour l'insertion professionnelle des usagers entre le site de Bussy Saint Georges et celui de Collégien

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.11.1. <u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u>	L'IDE est présente à hauteur d'1 ETP et prend en charge les soins sur l'IME de Bussy-Saint-Georges, l'IME de Collégien et l'hébergement. Aucun médecin n'est salarié ou n'intervient au sein de la plateforme IME Éclair.
3.8 Champ thérapeutique	3.11.2. <u>Missions médicales</u>	C'est l'IDE qui coordonne les soins au sein de la structure. Il est en lien avec les familles, les médecins spécialistes et le médecin traitant quand il y a un. Il n'est pas possible, au vu des éléments observés, de savoir si un bilan médical annuel est réalisé pour les jeunes. Écart 29 : En l'absence de médecin au sein de la plateforme IME Éclair, les missions paramédicales ne peuvent être mises en œuvre sous la responsabilité d'un médecin, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-22³⁷ du CASF (Cf.Ecart 10) Écart 30 : En ne traçant pas l'effectivité des bilans annuels complets pour chaque usager, l'établissement ne respecte pas l'article D312-13³⁸ du CASF.
3.8 Champ thérapeutique	3.11.3. <u>Le cabinet médical et l'infirmier</u>	Au sein de l'IME L'Éclair de Bussy-Saint-Georges, il n'existe ni infirmerie, ni chambres pour prendre en charge les usagers nécessitant une surveillance infirmière, ni cabinet médical. L'IDE a un bureau avec un poste informatique dans les locaux partagés avec les éducateurs. Les médicaments et le classeur comprenant les prescriptions et feuilles de dispensation sont dans un tiroir de bureau, fermé à clef, dans le bureau de la psychologue. Écart 31 : En ne mettant pas à disposition des professionnels de soins, ni cabinet médical, ni local d'infirmierie comprenant une réserve de pharmacie et ni chambres pour prendre en charge des usagers ayant besoin d'une surveillance infirmière, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-33³⁹ du CASF.

³⁷ Article D312-22 du CASF : Sous la responsabilité de l'un des médecins mentionnés aux 1° et 2° de l'article D. 312-21, l'équipe médicale et paramédicale : 1° Met en œuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent ; 2° Assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille ; 3° Assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.

³⁸ Article D312-13 du CASF : Il est, pratiqué au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi que des examens autant que de besoin en fonction de l'évolution de l'enfant. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.

³⁹ **Article D312-33 du CASF** : L'établissement comporte :
1° Un cabinet médical équipé, précédé d'une salle d'attente ;
2° Une salle de soins distincte du cabinet médical si celui-ci est utilisé toute la journée. Une réserve de pharmacie y est constituée dans un placard fermant à clé.
Tout établissement est doté d'une infirmerie de deux ou trois chambres individuelles.
Lorsque l'établissement fonctionne en internat, l'infirmierie comporte une salle commune de jour pour les enfants malades qui peuvent se lever, une pièce pour la toilette des malades et une chambre pour l'infirmier de garde.
Des locaux sont prévus pour les rééducations individuelles et les activités de groupe.
Un registre de l'état sanitaire mentionne tous les accidents ou incidents survenus, ainsi que les hospitalisations effectuées.

Sous-thème IGAS		Points de contrôle	Observations et Constats
		3.11.4. Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	Les DLU sont dans des enveloppes nominatives, dans le meuble servant de réserve de pharmacie. Ils sont également dans le logiciel [REDACTED] Ils sont organisés par l'IDE de la plateforme Éclair à partir des éléments transmis par la famille et les médecins traitants.
3.8 Champ thérapeutique		3.11.5. Le défibrillateur automatique externe (DAE)	Sur l'IME de Bussy-Saint-Georges, le DAE est situé dans l'entrée du bâtiment, en état de fonctionnement avec un jeu d'électrodes et accessible à tous avec une signalétique claire dans l'ensemble des locaux de l'IME. Son contrôle est réalisé régulièrement (le dernier date de mars 2025).
		3.11.6. Matériels d'urgence	Une trousse d'urgence est présentée à la mission. Elle contient du matériel pour la réalisation de pansements simples, à l'instar de la trousse de secours emmenée lors des sorties. La trousse d'urgence ne contient aucun médicament ou dispositif médical permettant à l'IDE de répondre à la prise en charge d'une urgence médicale. La structure ne dispose pas de matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration.
			Écart 32 : En ne disposant pas d'une trousse de secours et de matériel d'oxygénation et d'aspiration permettant la prise en charge des usagers en cas d'urgence et/ou dans l'attente des services de secours, l'établissement, disposant d'un infirmier, ne garantit pas la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3⁴⁰ du CASF.
3.8 Champ thérapeutique		3.11.7. Les prescriptions médicales	Les prescriptions médicales peuvent se trouver en format papier dans le classeur des médicaments à administrer au sein de la plateforme Éclair ou bien dans les dossiers numérisés [REDACTED] Les prescriptions médicales, établies par les médecins traitants extérieurs, sont transmises à l'IDE par la famille et sont scannées sans être recopiées. Les prescriptions médicamenteuses vues sont conformes.
3.8 Champ thérapeutique		3.11.8. Les procédures et protocoles de soins	Il existe, sous format papier des protocoles et procédures de soins en cas de crise d'agressivité ou agitation importante, de fièvre aiguë, de morsure, de saignement nasal, de chute, de crise d'épilepsie (nominatif) ainsi que des protocoles de soins. Ces protocoles sont stockés dans le meuble faisant office de pharmacie et ne sont pas librement accessibles à l'ensemble des professionnels.
			Écart 33 : En ne mettant pas les protocoles de soins à disposition de l'ensemble des professionnels intervenant auprès des usagers, la prise en charge ne peut être harmonisée et donc sécurisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3⁴¹ du CASF.

⁴⁰ **Article L311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : [...] 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; [...]

⁴¹ **Article L311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		Un « protocole épilepsie » est présent dans l'IME. Il fait mention de 2 protocoles différents pour 2 usagers identifiés par leurs initiales. Or, ce dernier n'est pas signé par un médecin, ni validé par la direction. Il est daté de octobre 2019 et la fonction du signataire de ce protocole n'est pas identifiée. La mission remarque que le nom du signataire est commun à un nom de parents. La mission en conclut qu'il s'agit d'un protocole nominatif, concernant 2 usagers différents et signé uniquement par le parent d'un des usagers. Écart 34 : Le protocole de soins en cas de crise d'épilepsie, nominatif pour 2 usagers n'est pas signé par un médecin ni validé par la direction, ce qui contrevient aux dispositions de l'article Article R4311-14⁴² du CSP. La mission n'a pas constaté la présence de protocole de prise en charge en cas de crise d'angoisse, de crise d'épilepsie chez un usager non diagnostiqué épileptique ou d'urgence telles que les situations d'urgence répertoriées dans le guide de l'ARS IDF ⁴³. Écart 35 : En l'absence de protocole de gestion de cas d'urgence, d'angoisse ou de crise d'épilepsie chez un usager non diagnostiqué épileptique, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3^{44,45} du CASF. La mission a vu un protocole médicamenteux par Buccolam® de gestion de crise d'épilepsie concernant 2 usagers. Cependant, l'IME ne dispose pas de ce médicament parmi la réserve de médicaments car les médecins spécialistes des usagers n'ont pas renouvelé la prescription au vu de l'état de santé des usagers. Écart 36 : En disposant de protocoles nominatifs médicamenteux de gestion en cas de crise d'épilepsie malgré l'arrêt de prescription des médicaments concernés, la prise en charge des usagers n'est pas claire ni sécurisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3⁴⁵ du CASF.
3.8 Champ thérapeutique	3.11.9. <u>Traitement d'une crise d'épilepsie</u>	

⁴² **Article R4311-14 du CSP** : En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

⁴³ Conduite à tenir en cas de situations d'urgence et/ou inhabituelles pour les professionnels en ESMS Handicap-ARS IDF-2023 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2023-09/GUIDE%20HANDICAP_FINAL.pdf

⁴⁴ **Article L.311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :
1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptées à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;

⁴⁵ **Article L.311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :
1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptées à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;

3.12. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IOAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	3.12.1. <u>Les stupéfiants</u>	Il n'existe pas de coffre dédié au stockage des stupéfiants au sein de l'IME. Au jour de l'inspection, les traitements administrés au sein de l'IME ne comprennent aucun stupéfiant. De fait, lorsqu'une prescription de stupéfiant sera transmise aux professionnels de santé de l'IME, ces derniers n'auront pas la capacité d'en assurer le stockage selon les modalités réglementaires. Écart 37 : En l'absence de coffre dédié au stockage des médicaments classés comme stupéfiants et de registre de traçabilité de leurs entrées et sorties, la direction ne permet pas aux professionnels de santé de l'IME d'appliquer les modalités réglementaires de gestion de ces médicaments, ce qui contrevient aux dispositions des articles 5 ⁴⁶ et 6 ⁴⁷ de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur) Écart 38 : La détention de médicaments pour besoins urgents au sein de l'IME sans prescription médicale contrevient aux dispositions de l'article R5126-108 ⁴⁸ du CSP.
3.8 Champ thérapeutique	3.12.2. <u>Les médicaments</u>	Les piluliers sont préparés et apportés par les familles chaque semaine. Peu d'utilisateurs ont un traitement à prendre sur leur temps de présence sur l'IME.

⁴⁶ articles 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur) :
Les substances, préparations et médicaments classés comme stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, réservés au stockage des médicaments. Tout vol ou détournement est signalé sans délai aux autorités de police, à l'Agence régionale de santé et à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Les quantités volées ou détournées sont portées sur le registre prévu à l'article R. 5132-36 du code de la santé publique.

⁴⁷ articles 6 de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur) :
Toute entrée et toute sortie de substances, de préparations et de médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites sur un registre ou enregistrées par un système informatique dans les conditions prévues à l'article R. 5132-36 du code de la santé publique par le pharmacien chargé de la gestion ou un pharmacien ayant reçu délégation de celui-ci.
Les entrées prennent en compte les retours par les structures internes, les services ou les unités fonctionnelles en établissement de santé ou par les unités de vie en établissement médico-social de médicaments stupéfiants non utilisés à condition qu'ils ne soient ni altérés ni périmés.
Une balance mensuelle des entrées et sorties et un inventaire du stock doivent être réalisés conformément à l'article R. 5132-36 du code de la santé publique.

⁴⁸ Article R5126-108 du CSP : En complément des traitements prescrits pour une personne déterminée, les établissements, services ou organismes mentionnés au I de l'article L. 5126-10 peuvent détenir certains médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles, inscrits sur une liste établie par le pharmacien ayant passé convention en application du I de l'article L. 5126-10 et l'un des médecins attachés à l'établissement, au service ou à l'organisme et désigné par la direction ou l'organe délibérant, pour répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Le stock de médicaments pour besoins urgents se limite au Doliprane® et à la Biafine® sans liste du contenu et sans prescription médicale préalable. Ces médicaments sont stockés dans le meuble de bureau faisant office de pharmacie. La distribution des médicaments est formalisée dans une procédure de circuit du médicament. L'administration des médicaments est réalisée par l'IDE ou par les professionnels (psychologue, éducateurs) en son absence. Selon les entretiens, les professionnels intervenant dans la prise en charge éducative des usagers sont informés des effets des médicaments. Cette information n'est pas tracée.
		Remarque 22 : La formation et/ou l'information des professionnels hors soins en matière d'administration des médicaments, en collaboration avec l'IDE, n'est pas tracée. L'administration des médicaments est tracée dans un tableau, sur une feuille, pour chaque usager concerné, dans lequel les colonnes permettent la traçabilité de l'identité de l'usager (nom, prénom et date de naissance) et des détails de l'administration (la date, l'auteur, l'heure, le médicament et la prescription) La mission constate que la colonne nommée « prescription » contient la signature de l'auteur de l'administration, ce qui n'est pas cohérent. L'administration des médicaments devrait être tracée dans la bonne colonne, d'autant que les professionnels qui administrent les médicaments, (infirmier, psychologue ou éducateurs) ne peuvent les prescrire.
		Remarque 23 : La présence de la signature des auteurs de l'administration des médicaments dans la colonne de traçabilité de la prescription ne permet pas de garantir l'effectivité de la traçabilité de l'administration du médicament. La mission constate que la traçabilité du médicament administré contient le nom du médicament sans sa posologie ni sa forme galénique.
		Écart 39 : En ne précisant pas la posologie et la forme galénique des médicaments administrés, le suivi de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'IME n'est pas complet et ne permet pas l'observance du respect de la prescription médicale. Cela ne garantit pas la sécurité et la qualité de prise en charge des usagers et contrevient aux dispositions de l'article L.311-3⁴⁹ du CASF. La mission constate, sur la feuille de traçabilité de l'administration des médicaments, la présence d'un motif d'aménagement de l'heure d'administration d'un médicament dans la colonne « prescription » en l'absence de colonne pour tous commentaires.
		Remarque 24 : En l'absence de colonne pour tout commentaire sur l'administration d'un médicament, l'incitation à la traçabilité d'événements bouleversant cette administration n'est pas efficiente.

⁴⁹ **Article L.311-3 du CASF** : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; [...] 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptées à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis de la personne protégée, doit être recherché ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		La mission constate l'absence de procédure et de matériel pour le broyage des médicaments Remarque 25 : Les professionnels de soins ne disposent pas de procédure et de matériels de broyage des médicaments. L'ensemble des médicaments sont stockés dans un meuble type caisson de bureau avec fermeture à clé, dans le bureau de la psychologue qui est également fermé à clé. L'IME ne dispose pas d'enceinte réfrigérée pour le stockage des médicaments thermosensibles.

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Environnement

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.1. Environnement	4.1.1. <u>Environnement géographique de la structure (transports, environnement, sécurité)</u>	La structure se situe dans une zone très dense en termes de population et d'accès routiers ou de transports en commun.

4.2. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	4.2.1. <u>Les conventions et partenariats</u>	Conventions avec [REDACTED] Jossigny en pédopsychiatrie. Il n'y a pas de convention avec une pharmacie ni de pharmacie à usage intérieur (PUI). Écart 40 : En ne disposant pas d'une convention formalisée avec une officine de pharmacie, en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L5126-10⁵⁰ du CSP.

⁵⁰ Article L5126-10 (I) du CSP : I.-Lorsque les besoins pharmaceutiques d'un établissement, service ou organisme relevant du III de l'article L. 5126-1 qui n'est pas partie à un groupement hospitalier de territoire ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire mentionné au 4° de l'article L. 6133-1 ou à l'article L. 6133-7 ne justifient pas l'existence d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et les dispositifs médicaux stériles peuvent, par dérogation aux articles L. 5126-1 et L. 5126-7, être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement. [...]

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

<u>Écart 1 :</u>	L'établissement n'a pas établi de règlement de fonctionnement en corrélation avec la spécificité de la prise en charge au sein de la plateforme, ce qui contrevient à l'article L 311-7 du CASF, et à l'article L 311-35 du CASF.	13
<u>Écart 2 :</u>	L'établissement au jour de l'inspection ne dispose pas d'un projet d'établissement validé, et transmis aux autorités compétentes pour délivrer l'autorisation, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.	13
<u>Écart 3 :</u>	L'établissement n'ayant pas consulté le CVS et les représentants du personnel pour élaborer le plan Bleu contrevient à l'article R311-38-1 (III) CASF	14
<u>Écart 4 :</u>	L'absence de communication du DUD à l'autorité délivrant l'autorisation contrevient à l'article D312-176/5 (2ème alinéa) du CASF	15
<u>Écart 5 :</u>	L'absence de psychiatre contrevient aux conditions techniques minimales de fonctionnement citées dans l'article D.312-21 du CASF	16
<u>Écart 6 :</u>	Bien que l'établissement ait conscience de la nécessité de travailler sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, la politique est embryonnaire et aucune formation n'est prévue, ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	21
<u>Écart 7 :</u>	La notion de bientraitance est confondue avec la notion d'éthique et aucune formation à la bientraitance n'est prévue pour les professionnels de la plateforme ce qui ne permet pas de garantir le respect des droits et de la dignité des usagers et contrevient aux articles L311-8 et L311-3 du CASF.	22
<u>Écart 8 :</u>	La modalité d'utilisation de la salle d'apaisement lors de la prise en charge de troubles majeurs du comportement chez un usager et la procédure associée trop succincte ne permettent de garantir le respect des droits et la sécurité des usagers et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	22
<u>Écart 9 :</u>	La politique de gestion des risques liée à la déclaration et à la gestion des dysfonctionnements et événements indésirables est embryonnaire et les professionnels ne sont pas formés, ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et 9 du CASF.	24
<u>Écart 10 :</u>	En l'absence d'un médecin psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, l'établissement ne peut garantir la prise en charge médicale minimale prévue par la réglementation, prend le risque d'un suivi incomplet voire inapproprié des jeunes et contrevient à l'article D312-21 et D312-22 du CASF.	26
<u>Écart 11 :</u>	L'absence de convention avec un ORL, un dentiste et un stomatologue contrevient à l'article D312-23 du CASF.	26
<u>Écart 12 :</u>	La direction n'a pas vérifié l'inscription à l'ordre national infirmier de l'IDE de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L4311-15 du CSP	27
<u>Écart 13 :</u>	L'établissement n'a pas pris en compte la possibilité, en mode dérogatoire et ponctuelle, de l'administration de médicaments par un professionnel autre qu'un IDE, ce qui génère un risque pour la sécurité et la santé des usagers et contrevient à l'article L311-3 et aux RBPP de l'OMéDIT IDF.	31
<u>Écart 14 :</u>	Le registre des entrées et sorties de l'établissement n'est pas parafé par le maire, ce qui contrevient à l'article R 331-5 du CASF	32
<u>Écart 15 :</u>	Les dossiers administratifs des usagers ne comportent pas tous les documents réglementaires ce qui contrevient à l'article D312-37 du CASF.	33
<u>Écart 16 :</u>	La présence, dans des dossiers informatisés de soins, de données de prise en charge médicales ou de soins concernant d'autres usagers du fait de transmissions communes à plusieurs usagers ne garantit pas le respect de la confidentialité des données concernant chaque usager. Cela contrevient aux dispositions des articles L311-3 du CASF et L1110-4 du CSP.	33
<u>Écart 21 :</u>	L'absence de suivi de l'état vaccinal des usagers par les professionnels de soins contrevient aux dispositions des articles D312-22 et D312-36 du CASF.	39

<u>Écart 22 :</u>	L'absence de communication à la MDPH des admissions prononcées dans un délai de 15 jours à la date de l'admission contrevient aux dispositions de l'article D.312-35 du CASF	40
<u>Écart 23 :</u>	En n'honorant pas systématiquement les demandes des parents pour un accompagnement lors de RDV médicaux extérieurs pour leur enfant dont le comportement pourrait nuire à la bonne réalisation du RDV, la plate-forme contrevient aux dispositions de l'article D312-12 du CASF.	41
<u>Écart 24 :</u>	En ne proposant l'accès à l'hébergement qu'aux usagers majeurs, excluant tous les autres usagers de la plateforme, l'établissement contrevient aux objectifs du CPOM 2024-2028 de la plateforme ECLAIR.	46
<u>Écart 25 :</u>	En ne mettant pas en place de commission des menus, la direction ne formalise pas des temps d'échanges entre les professionnels de la plateforme et le prestataire de restauration afin d'adapter la composition des repas selon les besoins et envies des usagers. Cela contrevient à l'article D312-22 du CASF.	47
<u>Écart 26 :</u>	En l'absence de surveillance de la température intérieure des réfrigérateurs, tracée et mesurée avec des thermomètres calibrés, la sécurité des usagers n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives au circuit du médicament.	48
<u>Écart 27 :</u>	En ne formalisant pas une procédure de prévention et de gestion des troubles de la déglutition la prise en charge ne peut être harmonisée au sein de l'IME et la sécurité des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	49
<u>Écart 28 :</u>	En ne traçant pas le suivi de l'évolution de l'état nutritionnel des jeunes, les professionnels de soins contreviennent aux dispositions du 3° de l'article D312-22 du CASF.	49
<u>Écart 29 :</u>	En l'absence de médecin au sein de la plateforme IME Eclair, les missions paramédicales ne peuvent être mises en œuvre sous la responsabilité d'un médecin, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-22 du CASF (Cf.Ecart 10)	54
<u>Écart 30 :</u>	En ne traçant pas l'effectivité des bilans annuels complets pour chaque usager, l'établissement ne respecte pas l'article D312-13 du CASF.	54
<u>Écart 31 :</u>	En ne mettant pas à disposition des professionnels de soins, ni cabinet médical, ni local d'infirmierie comprenant une réserve de pharmacie et ni chambres pour prendre en charge des usagers ayant besoin d'une surveillance infirmière, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.	54
<u>Écart 32 :</u>	En ne disposant pas d'une trousse de secours et de matériel d'oxygénation et d'aspiration permettant la prise en charge des usagers en cas d'urgence et/ou dans l'attente des services de secours, l'établissement, disposant d'un infirmier, ne garantit pas la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers en cas d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	55
<u>Écart 33 :</u>	En ne mettant pas les protocoles de soins à disposition de l'ensemble des professionnels intervenant auprès des usagers, la prise en charge ne peut être harmonisée et donc sécurisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	55
<u>Écart 34 :</u>	Le protocole de soins en cas de crise d'épilepsie, nominatif pour 2 usagers n'est pas signé par un médecin ni validé par la direction, ce qui contrevient aux dispositions de l'article Article R4311-14 du CSP.	56
<u>Écart 35 :</u>	En l'absence de protocole de gestion de cas d'urgence, d'angoisse ou de crise d'épilepsie chez un usager non diagnostiqué épileptique, l'établissement ne permet pas une réaction efficiente aux situations d'urgence. Cela ne garantit pas la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 ²⁶ du CASF.	56
<u>Écart 36 :</u>	En disposant de protocoles nominatifs médicamenteux de gestion en cas de crise d'épilepsie malgré l'arrêt de prescription des médicaments concernés, la prise en charge des usagers n'est pas claire ni sécurisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	56

<u>Écart 37 :</u>	En l'absence de coffre dédié au stockage des médicaments classés comme stupéfiants et de registre de traçabilité de leurs entrées et sorties, la direction ne permet pas aux professionnels de santé de l'IME d'appliquer les modalités réglementaires de gestion de ces médicaments, ce qui contrevient aux dispositions des articles 5 et 6 de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur	57
<u>Écart 38 :</u>	La détention de médicaments pour besoins urgents au sein de l'IME sans prescription médicale contrevient aux dispositions de l'article R5126-108 du CSP.	57
<u>Écart 39 :</u>	En ne précisant pas la posologie et la forme galénique des médicaments administrés, le suivi de la prise en charge médicamenteuse au sein de l'IME n'est pas complet et ne permet pas l'observance du respect de la prescription médicale. Cela ne garantit pas la sécurité et la qualité de prise en charge des usagers et contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	58
<u>Écart 40 :</u>	En ne disposant pas d'une convention formalisée avec une officine de pharmacie, en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L5126-10 du CSP.	59

5.1. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	L'ensemble des modalités d'accompagnement n'est pas mis en œuvre pour tous les enfants accueillis et en particulier la modalité d'accueil hébergement, proposée uniquement aux personnes de plus de 18 ans.	11
<u>Remarque 2 :</u>	L'accueil en hébergement est exclusif, ces usagers ne bénéficient pas d'autres prestations coordonnées dans leur parcours.	11
<u>Remarque 3 :</u>	Les montants plafonds de la délégation financière ne sont pas indiqués.	15
<u>Remarque 4 :</u>	Il n'y a pas de procédure formalisée de l'astreinte.	16
<u>Remarque 5 :</u>	L'établissement n'a pas affiché la dernière enquête de satisfaction.	18
<u>Remarque 6 :</u>	Les documents transmis, les documents validés et les documents affichés ne sont pas identiques.	18
<u>Remarque 7 :</u>	La plateforme ne prévoit pas d'enquête de satisfaction annuelle et n'investigue pas la satisfaction des familles concernant les locaux et leur entretien.	19
<u>Remarque 8 :</u>	L'établissement confond bientraitance et éthique et n'investit pas la notion de bientraitance.	21
<u>Remarque 9 :</u>	L'établissement et l'organisme gestionnaire ont rédigés séparément des documents succincts pour cadrer la déclaration et la gestion des dysfonctionnements et événements indésirables sans plan de formation pour les professionnels.	23
<u>Remarque 10 :</u>	La plateforme ne suit pas les taux d'absentéisme et de turn-over du personnel.	27
<u>Remarque 11 :</u>	L'établissement ne vérifie pas l'honorabilité des salariés.	28

<u>Remarque 12 :</u>	La procédure d'accueil des nouveaux salariés n'est pas suffisamment détaillée et n'inclut pas de mentions concernant la bientraitance, la déclaration des EL- EIG, l'accès aux progiciels, ...	28
<u>Remarque 13 :</u>	En planifiant, sur une longue période, le transfert des données entre les 2 logiciels métier de soins, cela engendre la multiplicité de supports de stockage des données médicales et de soins des usagers, ce qui fragilise la traçabilité des prises en charge.	34
<u>Remarque 14 :</u>	Même si chaque espace du lieu a une fonction spécifique, ou tout au moins repérable : coin repos, coin repas, coin jeux, coin toilette, l'organisation de l'espace de vie n'offre pas un environnement structuré, il revêt plusieurs fonctions, il est surchargé de signalétique, voire sans cohérence.	37
<u>Remarque 15 :</u>	Les professionnels n'ont pas connaissance de la procédure de la salle d'apaisement ce qui ne permet pas une uniformisation des pratiques d'utilisation de la salle .	38
<u>Remarque 16 :</u>	Selon les entretiens, le turn over des professionnels sur le site de Collégien impacte la référence. La mise en œuvre de la référence d'un usager est différente selon les sites.	43
<u>Remarque 17 :</u>	Les moyens de communication entre les familles et les professionnels ne permettent pas des échanges bidirectionnels d'informations sur les usagers.	44
<u>Remarque 18 :</u>	La communication est impactée par une organisation de retour le soir circonscrite à la dépose de l'enfant avec une fiche de suivi journalière. Aucun temps et aucun espace n'est prévu avec les parents pour parler des éventuelles difficultés ou évoquer un changement d'emploi du temps ou tout autre aléa survenu dans la journée de l'enfant.	44
<u>Remarque 19 :</u>	Le transport des usagers pour leur retour au domicile est organisé sur le temps d'accueil au sein de l'IME, ce qui réduit le temps de prise en charge des usagers et impactent les parents dans leur emploi du temps, notamment professionnels.	45
<u>Remarque 20 :</u>	La transmission des plannings des usagers aux parents n'est pas systématique sur le site de Bussy Saint Georges	50
<u>Remarque 21 :</u>	Il manque d'uniformisation des actions menées pour l'insertion professionnelle des usagers entre le site de Bussy Saint Georges et celui de Collégien	53
<u>Remarque 22 :</u>	La formation et/ou l'information des professionnels hors soins en matière d'administration des médicaments, en collaboration avec l'IDE, n'est pas tracée.	58
<u>Remarque 23 :</u>	La présence de la signature des auteurs de l'administration des médicaments dans la colonne de traçabilité de la prescription ne permet pas de tracer l'effectivité de l'observance de la prescription médicale avant l'administration du médicament.	58
<u>Remarque 24 :</u>	En l'absence de colonne pour tout commentaire sur l'administration d'un médicament, l'incitation à la traçabilité d'événements bouleversant cette administration n'est pas efficiente.	58
<u>Remarque 25 :</u>	Les professionnels de soins ne disposent pas de procédure et de matériels de broyage des médicaments.	59

6. Conclusion

La plateforme de services coordonnés Éclair située au 2 Avenue du Général de Gaulle, 77600 Bussy-Saint-Georges est gérée par l'association Autisme en Île-de-France. La Plateforme ECLAIR installée dans le Nord de la Seine-et-Marne accompagne dans le cadre d'un accueil multimodal [REDACTED] de 0 à 20 ans des troubles neurodéveloppementaux (TND). Ainsi, dans le cadre de l'ONIC PH 2025-2027, cette mission d'inspection a été inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle 2025 sur la demande de la Délégation départementale de Seine-et-Marne.

Le ciblage a été fondé notamment sur :

- La remontée de déclaration à l'ARS d'événements indésirables et dysfonctionnements graves ;
- Un turn over des professionnels.

La mission a eu pour objectifs d'investiguer notamment les thèmes suivants :

- Prévention et lutte contre les maltraitances ;
- Conformité des conditions d'installation, d'organisation, de gestion des ressources humaines et de fonctionnement aux normes opposables ainsi que de la qualité et de la sécurité des prises en charge des personnes accueillies ;
- Promotion de l'autonomie, respect des droits et libertés individuels ;
- Application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND) ;
- Relations et partenariats avec l'extérieur de l'établissement.

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

- Gouvernance :
 - Management et stratégie :
 - Un management plébiscité par les professionnels comme étant bientraitant et à l'écoute.
- Fonctions support :
 - Gestion des RH :
 - Une équipe de professionnels de terrain prévenante et investie auprès des usagers.
 - La recherche de fidélisation des professionnels.

Elle a également relevé des dysfonctionnements importants et l'analyse met en évidence un nombre important d'écarts réglementaires (39) et de remarques (23) affectant plusieurs domaines essentiels du fonctionnement de l'établissement :

- Gouvernance :
 - Absence ou non-conformité des documents obligatoires : règlement de fonctionnement, projet d'établissement, DUD, plan bleu.
 - Accès inégal à l'hébergement, non-conformité au CPOM.
 - Non-consultation du CVS et des instances représentatives des personnels.
 - Absence de communication aux autorités compétentes (MDPH, ARS.).
- Prise en charge (médicale et paramédicale) :
 - Absence de médecin psychiatre et absence d'autres spécialistes requis (ORL, dentiste, etc.).
 - Problèmes graves liés à la gestion médicamenteuse : stockage non conforme, absence de prescriptions, absence de convention avec une pharmacie, détention illégale de médicaments.
 - Procédures de soins lacunaires (épilepsie, fausse route, urgence, etc.) et protocoles non validés.
 - Manque de formation des professionnels sur des thématiques clés (bienveillance, gestion des risques...).
- Droits des usagers et sécurité :
 - Usage non encadré de la salle d'apaisement, absence de formation à la bienveillance.
 - Une salle unique d'accueil et d'activité non organisée.
 - Défaut de traçabilité de certains actes de soins (bilans médicaux, état nutritionnel, état vaccinal).
 - Politique de gestion des risques et des événements indésirables sommaire.

- Organisation des locaux de soins :
 - Absence et insuffisance des locaux adaptés (infirmierie, salle de soins...).
 - Non-respect des exigences de sécurité sanitaire (réfrigérateurs, trousse d'urgence, etc.).

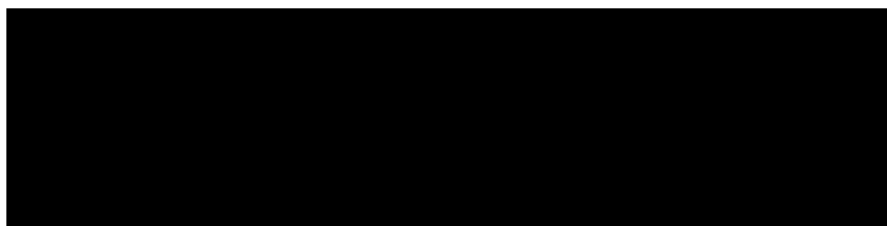
Ces constats traduisent un besoin fort de mise en conformité réglementaire, mais aussi de réorganisation stratégique et opérationnelle de la plateforme. Ils appellent à une mobilisation de la direction et de l'organisme gestionnaire pour :

- Revoir l'ensemble des dispositifs réglementaires.
- Structurer l'offre de soins et de services.
- Renforcer la sécurité, la traçabilité et la qualité des pratiques.
- Favoriser une communication claire, régulière et bienveillante avec les usagers et leurs familles.

Saint Denis, le 09 juillet 2025.

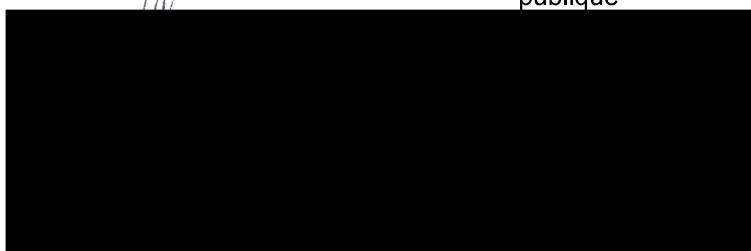

 Inspectrice de l'action sanitaire et
 sociale, coordonnatrice de la
 mission,


 Inspectrice de l'action sanitaire et
 sociale




 Infirmière, désignée inspectrice


 Médecin inspecteur de santé
 publique



7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence régionale de Santé
AVS : Auxiliaires de vie sociale
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CVS : Conseil de la vie sociale
DAE : Défibrillateur automatisé externe
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
FALC : Facile à lire et à comprendre
HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IME : Institut médico-éducatif
PAI : Projet d'accompagnement individualisé
PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité
PE : Projet d'établissement
PH : Personne porteuse d'un handicap
PMR : Personnes à mobilité réduite
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
RDF/RF : Règlement de fonctionnement
RH : Ressources humaines
SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé**

**Délégation départementale de l'ARS
de Seine et Marne**



Madame [REDACTED] inspectrice de l'action
sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission,
Inspection régionale autonomie santé

Madame [REDACTED] inspectrice de l'action
sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie
santé

Madame [REDACTED] infirmière,
désignée inspectrice de l'ARS Île-de-France,
Inspection régionale autonomie santé

Madame [REDACTED] médecin inspecteur de
santé publique, Délégation départementale de Seine
et Marne

Affaire suivie par Sameya LADJADJ
Courriel : sameya.ladjadj@ars.santle.fr

Références : 2025_IDF_00025

Saint Denis, le 11 mars 2025

Objet : Lettre de mission d'inspection – Institut médico-éducatif L'ECLAIR - 7600 BUSSY-SAINT-GEORGES

Mesdames,

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

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

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

L'Institut médico-éducatif L'Éclair situé à Bussy Saint Georges (N°FINESS 770021350) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles. Aussi, je vous demande de réaliser une inspection de cet établissement portant sur les thématiques suivantes :

- Prévention et lutte contre les maltraitances
 - o Respect des droits des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
led@ars.ars.santle.fr

- Adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue
- Gouvernance
 - o Management et stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Gestion des ressources humaines
- Gestion des fonctions support
 - o Gestion d'information
 - o Sécurité
- Individualisation de l'accompagnement des personnes accueillies
 - o Projet individualisé d'accompagnement
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 - o Vie quotidienne – Hébergement
 - o Soins
- La prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents
- L'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes (notamment dans le champ des troubles du spectre autistique (TSA) et des troubles du neurodéveloppement (TND))
- Relations avec l'extérieur
 - o Environnements
 - o Coordination avec les autres secteurs

La mission débutera à compter du mardi 11 mars 2025 à 9h00 et sera assurée par :

- Madame Sameya LADJADJ, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Inspection régionale autonomie santé ;
- Madame Nathalie LECOEUR, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé ;
- Madame -Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière, désignée inspectrice de l'ARS Ile-de-France, Inspection régionale autonomie santé ;
- Madame Anne PLANTADE, médecin inspecteur de santé publique, délégation départementale de Seine-et-Marne ;

Accompagnée par :

- Madame Laure HERMANT, chargée de mission parcours PH, en cours de formation ICARS, délégation départementale de Seine-et-Marne ;

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures¹.

Les dispositions de l'article L.1421-3 du code de santé publique (CSP)² s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que la mission jugera utile de rencontrer.

¹ Art. L.1421-2 du CSP

² Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

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

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

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

Le Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France

Agence Régionale de Santé Île-de-France
La Direction Générale Adjointe



Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés

Mardi 11 MARS 2025
IME L ECLAIR

Liste non exhaustive des documents à remettre à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Documents à remettre : au plus tard le mardi 17 mars 2025

La plateforme sécurisée de l'ARS IDF BLUEFILES (A l'attention de [REDACTED])

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Mode de transmission	Observation (Transmis O/N...)
1	Liste nominative des usagers par unité d'intervention admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, et leur type orientation MDPH, l'origine des usagers et si protection juridique ainsi que l'équivalent temps de présence (si possible format EXCEL et PDF) ;	5 copies papier	Documents remis
2	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'IME (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et PDF)	5 copies papier	
3	Un plan des locaux et code d'accès ou clé le cas échéant	5 copies papier 5 accès si possible	
4	Organigramme nominatif de l'IME	5 copies papier	
5	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	5 copies papier	
6	Les codes du logiciel de soins pour un accès sur site et valable 2 mois à distance.	1	
7	Le cas échéant : l'accès au logiciel de gestion de la qualité et de déclaration des événements indésirables et des dossiers des usagers	1	

Documents demandés pour une consultation sur place :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Consultation sur place	Remis	Commentaires /Questions
1	Dossiers des usagers (administratif – soins)	Consultation	Documents remis et consultés	
2	Dossiers RH des salariés	Consultation		
3	Registres des délégués du personnel	Consultation		
4	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation		

5	Registre de recueil des événements indésirables (EI).	Consultation		
6	Classeurs de tout type de procédures en vigueur dans l'établissement.	Consultation		
7	Registre des réparations.	Consultation		
8	Registre de recueil des réclamations et des doléances des usagers et des familles	Consultation		
9	Supports de transmission, de suivi et de communication en interne.	Consultation		
		9 types de documents consultés sur place		

Documents à remettre par Blue Files :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail de tout le personnel.	Bluefiles	Documents remis	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission de tout le personnel. - Livret d'accueil du nouvel arrivant - Livret accueil et accompagnement des stagiaires	Bluefiles		
3	Document unique de délégation (DUD) du directeur et du chef de service	Bluefiles		
4	Subdélégations en vigueur dans l'établissement	Bluefiles		
5	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<i>tableau Excel</i> et PDF)	Bluefiles		
6	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Bluefiles		
7	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence de la direction (note/procédure)	Bluefiles		
8	Calendrier des astreintes depuis le 1 ^{er} septembre 2024	Bluefiles		
10	Planning et CR des CODIR réalisés depuis le 01/09/2024	Bluefiles		
11	-Procédure accueil des nouveaux arrivants professionnels (stagiaire y compris) -Livret d'accueil nouvel arrivant professionnel	Bluefiles		
12	CR des réunions d'équipes depuis le 01/09/2024	Bluefiles		
13	Projet d'établissement en vigueur et ses mises à jour en lien avec l'extension : -COPIL projet établissement -réunion d'élaboration et ou d'actualisation -retroplanning (avancement ...) -compte rendu de présentation du PE au CVS	Bluefiles		
14	Projet de soins en vigueur (organisation des soins)	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
15	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur : -Fiche action -tableau de bord -niveau de criticité (étude)	Bluefiles		
16	Le résultat des enquêtes de satisfaction 2024			
17	Dernier rapport d'évaluation interne, externe, autoévaluation.	Bluefiles		
18	Liste nominative des personnels CDD du 01/01/2025 au 11/03/2025	Bluefiles		
19	Registre unique du personnel (<i>tableau Excel</i>)	Bluefiles		
20	Plannings des équipes de janvier 2025 à avril 2025 (y-compris les temps de transmission) et organisation type des professionnels par unité ou secteur pour l'intervention éducative et intervention en soin. <i>Précision de la légende des sigles et couleurs utilisés</i>	Bluefiles	Documents remis	
21	Plan de formation réalisé N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Bluefiles		
23	Les fiches de tâches heurées des professionnels de soins et éducatifs	Bluefiles		
24	Les conventions de stage des stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Bluefiles		
25	CR du CSE du 01/09/2024 au 01/03/2025	Bluefiles		
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance				
26	Règlement de fonctionnement de l'IME	Bluefiles	Document remis	
27	Procédure des Projet d'accompagnement individualisé (PAI) (création et réactualisation et dates de synthèses prévues)	Bluefiles		
	Procédure des Projet d'accompagnement scolaire, GEVASCO			
28	Calendrier de mise à jour/réévaluation des différents projets d'accompagnements	Bluefiles		
29	-Procédures et modalités de déclaration des évènement indésirables (EI, EIG, EIAS) au niveau de la structure et aux autorités de contrôle (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016) -Fiche support de déclaration	Bluefiles		
30	Procédure de gestion et suivi des évènements indésirables	Bluefiles		
31	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur les années N, N-1, des EI-EIG, EIAS, le plan d'actions correctives mises en œuvre et, le cas échéant, leur déclaration aux autorités de contrôle	Bluefiles		
32	CR des RETEX-CREX réalisés depuis le 01/06/2024	Bluefiles		
33	Charte de confiance-non punitive à l'attention des salariés en cas de signalement	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
34	Politique, plan de lutte de la maltraitance et la promotion de la bientraitance	Bluefiles		
35	Procédure de signalement en cas d'agression ; déclaration des signalements effectués auprès des autorités	Bluefiles		
36	- Composition du CVS et date d'élection du CVS - CR des réunions des CVS 2024 et 2025	Bluefiles		
37	Livret d'accueil des usagers	Bluefiles		
38	Règlement de fonctionnement du CVS	Bluefiles		
39	Plan Bleu	Bluefiles		
40	Plan de mise en sécurité (PDMS)	Bluefiles		
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge des résidents				
41	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Bluefiles	Documents remis	
42	Procédure de traçabilité d'administration des médicaments	Bluefiles		
43	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés/Liste des médicaments écrasés	Bluefiles		
44	Procédure de délégation de la distribution des médicaments de jour et de nuit	Bluefiles		
45	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	Bluefiles		
46	Livret thérapeutique ou liste des médicaments préférentiels sur l'IME	Bluefiles		
47	Procédures d'administration des médicaments par les usagers autonomes	Bluefiles		
48	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Bluefiles		
49	CR d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	Bluefiles		
50	Procédure d'élaboration des menus (diététicien, apport calorique/repas, prestataire, ...)	Bluefiles		
51	Protocole en cas d'urgence vitale	Bluefiles		
52	Liste des usagers ayant un médecin traitant	Bluefiles		
53	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'IME	Bluefiles		
54	Conventions entre l'IME et structures extérieures au titre de la continuité des soins : -Etablissement de santé avec service d'urgences -CMPP -Centre évaluation de la douleur -Services de psychiatrie, pédopsychiatrie	Bluefiles		
55	Liste détaillée de tous les protocoles de soins	Bluefiles		

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°	Transmis O / N	Commentaires /Questions
	-Les protocoles suivant : *préadmission et admission à l'IME *protocole sur traitement d'une crise d'épilepsie *procédure du bilan psychologique et psychiatrique *prise en charge des comportements à problèmes *prise en charge des comportements dangereux *identification des déclencheurs aux troubles du comportement et leurs prises en charge * identification et prise en charge des troubles alimentaires *procédure d'organisation des rendez-vous de soins externes *procédure de contentions en urgence *tout autre protocole en lien avec le soin			
56	Stock tampon des médicaments			
57	Sac ou chariot d'urgence : *La liste des médicaments et dispositif médicaux du sac ou chariot d'urgence *La fiche de traçabilité et de la vérification du contenu			
58	Liste des vaccinations des usagers			
59	Convention et partenariat dans le cadre de la prise en charge comportement dit à problèmes	Bluefiles		
60	Protocole gestion des déchets DASRI le cas échéant	Bluefiles		Documents remis
61	Convention avec prestataire pour enlèvement et traitement des DASRI du 1.1.24 au jour de l'inspection.	Bluefiles		
IV- L'organisation et la prise en charge éducative des usagers				
62	Dernier projet d'articulation avec l'Education Nationale et programme des réunions	Bluefiles		
63	Projet de scolarité au sein de l'IME (copie des PPS)	Bluefiles		
64	Liste des usagers par référents éducatifs, soins et scolarité	Bluefiles		Documents remis
65	Protocole d'utilisation de la salle d'apaisement	Bluefiles		
66	Réunion avec la MDPH (compte rendu, prévisionnel réunion ...)	Bluefiles		
V-Autres				
67	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité incendie.	Bluefiles		
68	Attestation de vérification de la potabilité de l'eau.			Documents remis
			68 types de documents à enregistrer sur Blue files	

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout documents nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de [l'article 226-13](#) du code pénal.

Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à [l'article L. 5311-1](#) ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

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

	Famille	CVS	Infirmier	Éducateur	Psychologue	Agent éducatif	Directeur	CSE	Agent administratif
Nombre	6	1	1	2	2	2	1	1	2