

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

**Institut médico-éducatif (IME)
LE BUISSON
1 Avenue du Château – 91750 Champcueil
N° FINESS 910805365**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2025_IDF_00009
Contrôle sur place le 13 février 2025**

Mission conduite par :

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED], désignée en qualité d'inspectrice par le Directeur général de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du Code de la santé publique.

**Textes de
référence**

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique
Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
Article L.1435-7 du Code de la santé publique
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'établissement ;
- 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 depositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

1. Gouvernance	10
1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.2.Management et Stratégie	13
1.3.Gestion de la qualité et bientraitance	16
1.4.Gestion des plaintes et des événements indésirables	18
2. Fonctions support	20
2.1.Gestion des ressources humaines	20
2.2.Gestion d'information	30
2.3.Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	32
2.4.Locaux et équipements	35
2.5.Gestion des risques	37
3. Prises en charge	39
3.1.Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	39
3.2.Respect des droits des personnes	40
3.3.Vie sociale et relationnelle	43
3.4.L'hébergement, internat	44
3.5.L'alimentation	44
3.6.Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure	46
3.7.Champ de l'éducation : la scolarisation	46
3.8.Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en charge en soin	48
3.9.Champ thérapeutique : Le circuit du médicament	52
4. Relations avec l'extérieur	55
4.1.Coordination avec les autres secteurs	55
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	56
5.1.Ecarts	56
5.2.Remarques	59
6. Conclusion	61
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	63
8. Annexes	65
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	65
Annexe 2 Liste des documents demandés à l'établissement	67
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers avec lesquels la mission s'est entretenue	72

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 médico-éducatifs (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 élevé.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, 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 :

1. Gouvernance

- 1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation
- 1.2. Management et Stratégie
- 1.3. Gestion de la qualité et bientraitance
- 1.4. Gestion des plaintes et des événements indésirables

2. Fonctions support

- 2.1. Gestion des ressources humaines
- 2.2. Gestion d'information
- 2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements
- 2.4. Locaux et équipements
- 2.5. Gestion des risques

3. Prises en charge

- 3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- 3.2. Respect des droits des personnes
- 3.3. Vie sociale et relationnelle
- 3.4. L'hébergement, internat
- 3.5. L'alimentation
- 3.6. Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure
- 3.7. Champ de l'éducation : la scolarisation
- 3.8. Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin
- 3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

4. Relations avec l'extérieur

- 4.1. Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

1. Non-conformité sur la gestion et l'organisation :

- Politique associative de gestion de la qualité et plan d'amélioration continue absents.
- Aucune démarche formalisée d'évaluation interne ou externe.
- Formation sur la maltraitance/bientraitance non organisée ni programmée.
- Déclaration des événements indésirables graves non systématique à l'ARS.
- Absence de Conseil de la Vie Sociale (CVS).

2. Manque d'effectifs et d'organisation médicale et soignante :

- Nombre insuffisant d'infirmiers (IDE) par rapport aux besoins.
- Absence de recrutement effectif d'un médecin psychiatre.
- Absence de conventionnement avec ORL et dentiste/stomatologue.
- Non-remplacement systématique des IDE absent, notamment la nuit
- Absence de protocoles clairs pour le circuit du médicament et le remplacement des personnels.

3. Sécurité, qualité et continuité de la prise en charge :

- Risques dans la gestion des urgences (trousses incomplètes).
- Risques liés à l'environnement extérieur non sécurisé.
- Scolarisation non conforme des jeunes accueillis.

4. Projet d'établissement et accompagnement des usagers :

- Absence de projet pédagogique concret et des dispositifs afférents (GEVA-sco, PPI).
- Absence de PPI

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 et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les IME, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des usagers, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'IME Le Buisson, situé 1 Avenue du Château, 91750 Champcueil, n° FINESS 910805365, 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 l'IME parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans une catégorie de risque élevé.

Modalités de mise en œuvre

Il a été réalisé par l'ARS d'Ile-de-France.

L'équipe d'inspection¹ est composée de :

- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ;
- [REDACTED], désignée en qualité d'inspectrice par le Directeur général de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du Code de la santé publique.

Ce contrôle a été réalisé sur site le 13 février 2025 de manière inopinée². La liste des documents demandés au cours du contrôle et le relevé des documents transmis par l'inspecté figurent en **annexe 2**.

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

1. Gouvernance

- 1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation
- 1.2. Management et Stratégie
- 1.3. Gestion de la qualité et bientraitance
- 1.4. Gestion des plaintes et des événements indésirables

2. Fonctions support

- 2.1. Gestion des ressources humaines
- 2.2. Gestion d'information

¹ Cf. la lettre de mission en annexe 1.

² Sans annonce préalable à l'établissement

- 2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements
- 2.4. Locaux et équipements
- 2.5. Gestion des risques
- 3. **Prises en charge**
 - 3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 - 3.2. Respect des droits des personnes
 - 3.3. Vie sociale et relationnelle
 - 3.4. L'hébergement, internat
 - 3.5. L'alimentation
 - 3.6. Champ de l'éducation : L'accompagnement éducatif au sein de la structure
 - 3.7. Champ de l'éducation : la scolarisation
 - 3.8. Champ thérapeutique : Les moyens pour la prise en soin
 - 3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament
- 4. **Relations avec l'extérieur**
 - 4.1. Coordination avec les autres secteurs

Présentation de l'établissement inspecté :

Nom de l'ETB	IME Le Buisson	
Nom de l'organisme gestionnaire	ASSOCIATION ALTERITE Madame Catherine JEHANNIN 1 IMPASSE DE LA COUR DE FRANCE 91260 JUVISY SUR ORGE	
Numéro FINESS géographique	910805365	
Numéro FINESS juridique / SIREN	910808948	
Statut juridique	ASSOCIATION LOI 1901 RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE	
Option tarifaire	Prix de journée	
PUI	Non	
Direction	Madame GANDON Katia	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF Date d'ouverture : 1967 Dernier renouvellement d'autorisation : 03/01/2017		Autorisée
	Externat polyhandicap	10
	Internat polyhandicap	32

L'institut médico-éducatif (IME) Le Buisson, géré par l'association Altérité, est situé 1 avenue du Château à Champcueil (91750).

En 1967, a lieu l'ouverture d'un établissement qui accueillera jusqu'à 250 enfants et adolescents « arriérés profonds et grabataires » des deux sexes. Le 1^{er} juin 1977, à la demande de la DDASS de l'Essonne, l'Association de Placement et d'Aide pour Jeunes Handicapés (APAJH) reprend la gestion de l'établissement. Au 1^{er} février 2013, l'association devient ALTERITE (publication au JO le 9 mars 2013).

Dans sa configuration actuelle, l'établissement bénéficie d'une autorisation pour accueillir des enfants, adolescents et adultes âgés de 6 à 20 ans présentant des troubles du comportement et de la personnalité et/ou porteurs d'un polyhandicap.

L'IME Le Buisson comprend un semi-internat de 10 places, un internat de 32 places. L'établissement est ouvert toute l'année pour l'internat et 210 jours pour de semi-internat.

La mission s'interroge sur le respect de l'agrément et de la répartition des places entre l'internat et le semi-internat au regard des déclarations de l'établissement lors de l'enquête ANAP 2024 (données 2023).

Nombre de lits et places en accueil ou hébergement permanent		
	Année N-1	Année N-2
q24. - Nombre de lits et places autorisés au 31.12.N-1	32	32
q25. - Nombre de lits et places installés au 31.12.N-1	26	29

Nombre de places en accueil de jour		
	Année N-1	Année N-2
q30. - Nombre de places autorisées au 31.12.N-1	10	10
q31. - Nombre de places installées au 31.12.N-1	15	10

Document 1. Tableau extraction TDB ANAP campagne 2024

Lors des entretiens menés il a été indiqué que l'établissement respecte le nombre total de places, toutefois, pour répondre aux besoins des jeunes et des familles, des adaptations des modalités d'accueil sont mises en œuvre, alternant parfois internat et semi-internat pour un même usager.

La mission rappelle que depuis quelques années, le secteur médico-social évolue vers un "fonctionnement en plate-forme" pour les IME. Cette transformation, encouragée par la loi du 26 juillet 2019 et les recommandations nationales, vise à rendre l'accompagnement des enfants et adolescents plus souple, personnalisé et inclusif³.

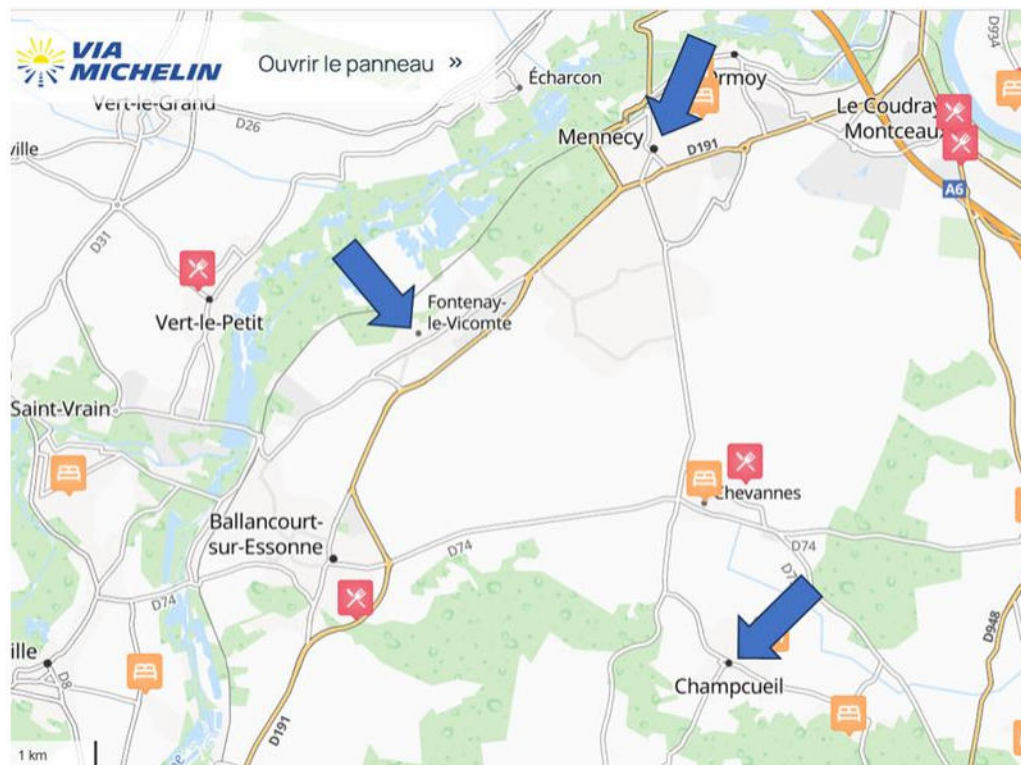
Les jeunes, les adolescents et les adultes (> de 21 ans) sont répartis en 5 groupes soit 4 groupes de vie dédiés à l'internat et 1 groupe dédié au semi-internat. Ces lieux sont mixtes et accueillent chacun entre 7 et 8 enfants, adolescents ou adultes.

En internat, chaque groupe de vie dispose d'un espace de convivialité (lieu de rassemblement pour des activités, les repas...), d'une kitchenette, de chambres et de sanitaires. Les chambres, de garçon(s) ou de fille(s), peuvent être individuelles ou à deux lits maximums.

Les semi-internes bénéficient d'un lieu d'accueil particulier et sont accueillis également sur les groupes de vie en journée.

L'institution propose également un accueil pour 10 jeunes dans deux pavillons, l'un se situant à Mennecey et l'autre à Fontenay-le-Vicomte.

³ Pour exemple de fonctionnement, l'AMI de l'ARS-IDF de novembre 2023 : iledefrance.ars.sante.fr/media/116245/download?inline



Document 2. Localisation des 3 sites d'accueil de l'IME

L'établissement dispose de salles consacrées à des prises en charge spécifiques (relaxation, école, ferme...). Les repas sont confectionnés sur place, par les cuisiniers de l'IME. Ils sont pris sur les lieux de vie ou dans certaines salles d'activité. L'établissement n'a pas de réfectoire.

Au jour de l'inspection, la file active de l'IME est de 41 jeunes et adolescents et l'IME recevait le jour même une famille pour une entrée programmée dans les 2 semaines à venir.

Nom des Unités	Colombines	Petits loups	Blue jean	Aurore saphir	Foyer	Pavillon Mennecy	Pavillon Fontenay
Nombre de jeunes	9	6	3	7	6	5	5

Document 3. Compilation / document « répartition des groupes de jeunes »

Constats

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

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	1.1.1. <u>Les autorisations</u>	D'après les données de 2023 concernant l'IME, déclarées dans le tableau de bord de la performance (TdBP) de l'ANAP, il est mentionné la présence d'une pharmacie à usage interne (PUI) au sein de l'IME. Or, la mission constate l'inexistence d'autorisation de PUI délivrée par le directeur général de l'ARS, l'absence de pharmacien parmi les professionnels de l'IME, et aucune procédure organisationnelle des missions incombant à une PUI. Pour information, la persistance de déclaration de PUI en l'état pourrait supposer un exercice illégal de la pharmacie au sein de l'établissement.
	1.1.2. <u>Déclaration sur le tableau de bord des ESSMS</u>	En consultant les données déclarées les années précédentes dans le tableau de bord (TdB) de l'ANAP, la mission a constaté plusieurs erreurs dont une déclaration d'une PUI. La campagne 2025 de collecte des données 2024 dans le TdBP de l'ANAP aura lieu du 1 ^{er} juillet au 30 septembre 2025. Remarque 1 : Les données déclarées par l'établissement lors de la collecte des données du tableau de bord de l'ANAP des 2 dernières campagnes, notamment concernant la PUI, sont erronées.
1.1 Conformité aux conditions d'autorisation	1.1.3. <u>La population accueillie</u>	Les usagers accueillis sont atteints de polyhandicap et/ou de troubles graves du comportement. L'IME accueille 6 jeunes sous aménagement Creton ⁴ (c'est-à-dire âgés de 20 à 25 ans). Au sein de l'IME, les usagers sont accueillis dans 5 unités différentes, dont 1 située à l'extérieur de l'IME : <ul style="list-style-type: none">- « Petit loup » accueille 6 enfants porteurs de polyhandicap ;- « Aurore saphir » accueille 7 usagers à partir de 13 ans et dont 2 porteurs de polyhandicap moteur ;- « Blue jean » accueille 3 usagers présentant des troubles autistiques et du comportement ;- « Colombine » : accueille 9 usagers présentant des troubles autistiques et du comportement avec plus de capacité et d'autonomie en vue d'un transfert en pavillon ;- « Foyer » 6 usagers avec des troubles du neuro développement ;

⁴ Fichier « Q01-T02-05-Liste_des_jeunes-Creton »

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires														
		<p>- « Pavillon Fontenay » et « Pavillon Mennecy » qui accueillent 5 usagers chacun, soit 10 usagers à partir de 13 ans dans un but d'apprentissage de l'autonomie dans un lieu de vie ordinaire avec un accompagnement éducatifs permanent afin de favoriser l'insertion sociale.</p> <p>Répartition des âges des jeunes accueillis :</p> <table><tr><th>Age</th><th>6-10 ans</th><th>11-15 ans</th><th>16-17 ans</th><th>18-19 ans</th><th>20-24 ans</th><th>25-29 ans</th></tr><tr><td>Nbre au 31/12/23</td><td>9</td><td>11</td><td>5</td><td>4</td><td>9</td><td>3</td></tr></table> <p><u>Document 4.</u> Extraction TDB ANAP campagne 2024</p> <p>La mission constate que 3 des jeunes âgés de plus de 20 ans en 2023 ne sont plus présents dans l'établissement. En entretien il a été indiqué qu'ils avaient quitté l'établissement pour des structures FAM-MAS.</p>	Age	6-10 ans	11-15 ans	16-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	Nbre au 31/12/23	9	11	5	4	9	3
Age	6-10 ans	11-15 ans	16-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans										
Nbre au 31/12/23	9	11	5	4	9	3										

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																	
		<p>Classification des principaux handicaps et troubles des jeunes accueillis :</p> <table> <tr> <th>DEFICIENCE 2023</th><th>Principale</th><th>Associée</th></tr> <tr> <td>Intellectuelle</td><td>15%</td><td>68%</td></tr> <tr> <td>Autisme et autres TED</td><td>68%</td><td>5%</td></tr> <tr> <td>Psychisme</td><td>0%</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>Langage et apprentissage</td><td>0%</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>Auditive</td><td>0%</td><td>7%</td></tr> <tr> <td>Visuelle</td><td>0%</td><td>24%</td></tr> <tr> <td>Motrice</td><td>0%</td><td>24%</td></tr> <tr> <td>Métabolique, viscérale et nutritionnelle</td><td>0%</td><td>20%</td></tr> <tr> <td>Polyhandicap</td><td>24%</td><td></td></tr> <tr> <td>Trouble du comportement et de la COM</td><td></td><td>100%</td></tr> </table> <p><u>Document 5.</u> Extraction TDB ANAP campagne 2024</p>	DEFICIENCE 2023	Principale	Associée	Intellectuelle	15%	68%	Autisme et autres TED	68%	5%	Psychisme	0%	100%	Langage et apprentissage	0%	100%	Auditive	0%	7%	Visuelle	0%	24%	Motrice	0%	24%	Métabolique, viscérale et nutritionnelle	0%	20%	Polyhandicap	24%		Trouble du comportement et de la COM		100%
DEFICIENCE 2023	Principale	Associée																																	
Intellectuelle	15%	68%																																	
Autisme et autres TED	68%	5%																																	
Psychisme	0%	100%																																	
Langage et apprentissage	0%	100%																																	
Auditive	0%	7%																																	
Visuelle	0%	24%																																	
Motrice	0%	24%																																	
Métabolique, viscérale et nutritionnelle	0%	20%																																	
Polyhandicap	24%																																		
Trouble du comportement et de la COM		100%																																	

1.2. Management et Stratégie

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.1. <u>L'organigramme</u>	<p>L'organigramme fourni par l'établissement n'est pas nominatif et les liens hiérarchiques ne sont pas exactes puisqu'il indique les enseignants de l'éducation nationale sous l'autorité hiérarchique de la direction de l'établissement.</p> <p>La mission rappelle que les enseignants sont sous l'autorité fonctionnelle de la direction de l'établissement et sous l'autorité hiérarchique du rectorat (ministère éducation nationale).</p> <p>Remarque 2 : L'organigramme ne présente ni les noms des professionnels ni les liens hiérarchiques et fonctionnels corrects.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.2. <u>Directeur :</u>	<p>██████ en place au jour de l'inspection a pris ses fonctions dans l'établissement le 2 décembre 2024, elle travaille à temps plein.</p> <p>Elle exerce au sein de l'association gestionnaire depuis 1993. Elle était ██████ dans une MAS avant que le poste de direction de l'IME lui soit proposé.</p> <p>Elle suit une formation à ██████ pour obtenir ██████</p> <p>Le recoupement des documents transmis (convention de formation en financement employeur et CPF) et de la plaquette descriptive de ██████ extraite du site internet par la mission, indique que la ██████⁵ pour accéder à cette formation. Ce diplôme n'a pas été transmis.</p> <p>Remarque 3 : Le diplôme de CAFERUIS de la directrice n'a pas été transmis ce qui contrevient à l'article D312-20 du CASF.</p> <p>██████ dispose d'un document unique de délégation co-signé.</p> <p>La cheffe de service assure le remplacement systématique de ██████ lorsque celle-ci est en formation et/ou en congé. Une « Fiche de mission de cheffe de service ayant délégation permanent de directeur » a été transmise, il s'agit d'une subdélégation de ██████ à la cheffe de service, toutefois elle n'est pas signée.</p> <p>██████ est titulaire ██████.</p> <p>Écart 1 : L'absence de signature sur la subdélégation accordée à la cheffe de service lorsqu'elle remplace la directrice rend celle-ci caduque. L'absence de délégation des responsabilités incombant au directeur vers la cheffe de service ne permet pas d'assurer la continuité et la qualité du fonctionnement de l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-20 du CASF.</p> <p>La relation entre la direction et l'organisme gestionnaire (OG) incarné par le directeur régional, est chaleureuse et bienveillante.</p>

⁵ Certificat d'Aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Le directeur régional vient sur l'établissement au-moins une fois par semaine et il est joignable par téléphone. Les relations de travail sont fluides.</p> <p>Une réunion des directeurs est organisée tous les mois avec le siège de l'OG ainsi qu'une réunion trimestrielle avec les administrateurs.</p> <p>Une réunion tous les 2 mois est planifiée avec la commission juridique et la cheffe de service sur la thématique du droit du travail.</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.3. <u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>	<p><u>Les réunions institutionnelles et de coordination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Réunion de direction administrative : programmée chaque lundi, en présence de la cheffe de service, du comptable, de la secrétaire RH et de la direction. – Réunion de cadres : le mercredi après-midi avec la participation de la cheffe de service, de la psychologue et de la direction. Les sujets abordés incluent l'ambiance dans les unités enfants et les professionnels, les cas individuels de prise en charge, la planification des rendez-vous, ainsi que la situation du centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Une réduction à venir de cette activité est prévue en lien avec l'arrivée d'un nouveau psychiatre début mars dans la structure. – Réunions d'unité hebdomadaires : prévues à partir de mars, chaque mardi ou jeudi de 14h à 15h, pour chaque unité. Elles seront animées alternativement par la cheffe de service, la direction ou la psychologue. Les thèmes abordés porteront sur l'organisation des ressources humaines (RH) et la vie de l'unité. – Réunions de synthèse : de nature pluridisciplinaire, elles permettent un travail de coordination approfondi entre les différents professionnels. – Réunion de l'équipe de nuit : une unique réunion a été organisée à ce jour. À l'avenir, elles auront lieu tous les deux mois avec la direction. – Relation avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) : l'interlocutrice référente est la cheffe de service. <p>La planification présentée est récente et se met en place progressivement depuis l'arrivée de la [REDACTED]</p> <p>Il a été indiqué dans les différents entretiens que l'ancienne direction ne faisait pas ou peu de réunion et que la pluridisciplinarité n'était pas encouragée.</p> <p>Les changements, survenus récemment, commencent à modifier le fonctionnement interne de l'établissement et à créer une dynamique pluridisciplinaire attendus par tous y compris les enseignants de l'éducation nationale qui n'étaient pas sollicités jusque-là</p>
1.2. Management et Stratégie	1.2.4. <u>Les astreintes</u>	<p><u>Deux types d'astreintes sont mises en œuvre dans l'établissement.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une astreinte administrative que se partage la [REDACTED] et la cheffe de service en alternance de 1 ou 2 semaines en fonction des absences de l'une ou l'autre. Le planning d'astreintes des premiers mois de 2025 a été transmis., il inclut le numéro de téléphone de chaque membre de l'astreinte, toutefois, aucune procédure spécifique écrite n'existe. Le planning est affiché sur le tableau d'affichage général au 1^{er} étage. <p>Remarque 4 : Il n'existe pas de procédure écrite concernant les cas de recours à l'astreinte administrative.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>2. Une astreinte soignante que se partage [REDACTED] et [REDACTED] à raison de 15 jours chacune. La mission a constaté la présence d'un planning mis à disposition des professionnels, il comprend un numéro de téléphone unique d'« astreinte soins », il est connu des professionnels. Aucune procédure spécifique indiquant les cas de recours n'a été vu ni transmise.</p> <p>Remarque 5 : Il n'existe pas de procédure écrite concernant les cas de recours à l'astreinte soins.</p>
1.2 Management et Stratégie	1.2.5. <u>Les professionnels d'encadrement</u>	<p>[REDACTED] est en poste à temps plein dans l'établissement depuis mars 2018 (contrat de travail co-signé).</p> <p>La fiche de poste transmise n'est ni nominative ni signée, elle décrit les attendus ordinaires d'un poste de chef de service, aussi la mission ne peut confirmer que le contenu de cette fiche correspond à l'activité réelle de la cheffe de service.</p> <p>Comme précédemment indiqué, [REDACTED].</p> <p>Lors des entretiens il a été indiqué à la mission que la cheffe de service encadre l'ensemble des professionnels éducatifs et thérapeutiques soit environ [REDACTED]⁶.</p> <p>Elle connaît bien les équipes et travaille en binôme avec la direction et le service RH de l'OG.</p> <div data-bbox="1534 606 1982 1093"> <pre> graph TD subgraph Therapeutique [Thérapeutique] P1[Psychiatre] P2[Médecins Généraliste] P3[Rééducation Fonctionnelle] P4[Psychologue] P5[Kinésithérapeute] P6[Psychomotricienne] P7[Orthophoniste] P8[Ergothérapeute] P9[Infirmières de jour et de nuit] P10[Aide-soignante] end subgraph Educatif [Educatif] E1[Educateurs spécialisés] E2[Moniteurs Educateurs] E3[Moniteur EPS] E4[AMP de Jour] end </pre> </div> <p>Document 6. Extraction du document transmis « organigramme »</p> <p>Remarque 6 : La fiche de poste de la cheffe de service n'est pas signée et ne reprend pas toutes les missions et tâches qui lui sont confiées.</p>

⁶ ETP : équivalent temps plein

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	1.2.6. Climat social	<p>Le jour de l'inspection l'ambiance dans l'établissement était conviviale et une animation de petits-déjeuners était en cours avec la réalisation de crêpes pour tous et par tous usagers et salariés.</p> <p>Tous les entretiens réalisés ont confirmé les informations transmises à la mission par les autorités compétentes à savoir que l'arrivée d'une nouvelle directrice avait modifié positivement les relations entre la direction et les professionnels.</p> <p>Bien que les changements soient très importants et que cette nouvelle approche plus participative puisse être perturbante pour certains professionnels, ils ont tous plébiscité l'amélioration des relations salariés/direction et la mise en place de l'inter disciplinarité au sein de la structure.</p>

1.3. Gestion de la qualité et bientraitance

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4. Gestion de la qualité	1.3.1. L'amélioration continue de la qualité	<p>La mission n'a été destinataire d'aucun plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), aussi elle conclut à son inexistence.</p> <p>Lors des entretiens avec la direction, il a été précisé à la mission que l'établissement est accompagné par le directeur régional de l'association gestionnaire pour l'élaboration d'un PACQ qui sera ensuite généralisé à l'ensemble des établissements de l'organisme gestionnaire.</p> <p>Il n'existe pas de référent qualité ni dans l'établissement, ni au niveau de l'association gestionnaire.</p> <p>Écart 2 : L'absence de politique associative de gestion de la qualité et de déclinaison locale au travers du plan d'amélioration continue de la qualité compromet la qualité de l'accompagnement et la sécurité des jeunes et contrevient aux articles L312-8, D311-38-3 4° et L311-3 du CASF.</p>
1.4. Gestion de la qualité	1.3.2. L'évaluation externe	<p>Un rapport d'évaluation externe transmis par l'établissement indique que la dernière évaluation externe date de septembre 2014.</p> <p>Celle-ci est caduque le jour de l'inspection, aussi la mission considère qu'elle n'est pas en place dans l'établissement.</p> <p>Écart 3 : Aucune démarche d'évaluation n'est formalisée dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.</p> <p>Lors des entretiens menés, la direction a informé la mission qu'une évaluation externe était programmée pour mars 2025. La mission n'a pas été destinataire des conclusions de cette évaluation à ce jour.</p>
1.4. Gestion de la qualité	1.3.3. La politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance	<p>La mission a été destinataire de différents documents relatifs à la maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un document intitulé « pour un accompagnement bientraitant » (août 2023). Ce livret présente les bonnes pratiques recommandées par la Haute Autorité de Santé et appliquées dans l'établissement (définitions, facteurs de risque de maltraitance, les différentes formes de maltraitance, les signes d'alerte, les conduites à tenir en cas de suspicion et/ou de maltraitance avérée, la procédure de signalement). Le document fait état également d'une partie relative à la prévention de la maltraitance en proposant une grille d'auto-évaluation des pratiques professionnelles à disposition des professionnels de l'établissement ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> - Une procédure associative de signalements de faits de maltraitance affiché dans la structure ; - Une procédure « conduite à tenir en cas de constat de maltraitance (V 01/01/2018) » : non signée. La procédure définit les maltraitances et indique la conduite à tenir en cas de constat d'un acte de maltraitance ; procédure intégrée dans celle relative à la gestion des événements indésirables, non datée, ni signée (cf. supra) ; - Une procédure ou formulaire de déclaration d'une information préoccupante enfance en danger ou en risque de danger (mise à jour septembre 2020). - Un modèle de mail d'une conseillère technique sociale de la direction département de l'éducation nationale précisant les modalités à suivre pour déclarer « une information préoccupante ». Toutefois, la notion d'« d'information préoccupante » n'est ni définie ni explicitée. Il s'agit de les adresser à un ensemble d'organisme dont la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) (transmission à la mission d'une affiche de la CRIP précisant les responsables départementaux à contacter par secteurs en ESSONNE, à l'inspecteur de l'éducation nationale, ... <p>La mission n'a pas constaté l'affichage du numéro 119 « Enfance en danger » dans la structure. (Cf. chapitre « affichage »)</p> <p>Au regard des documents transmis, la mission atteste de l'existence d'une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance au sein de l'IME. Néanmoins, la mission constate que l'établissement n'organise pas chaque année de formation relative à la maltraitance ce qui permettrait au personnel de s'approprier et de s'acculturer à la prévention et au risque de maltraitance dans la prise en charge des enfants et adolescents.</p> <p>En effet, s'agissant des formations relatives à la maltraitance, l'établissement a transmis la liste des formations suivies par les personnels en 2023 et 2024 et un plan de formation pour 2025 :</p> <p>2023 : [REDACTED] ont suivi une formation intitulée « prévention de la maltraitance ». Attestations de formation transmises.</p> <p>2024 : aucune formation relative à la maltraitance ou à la bientraitance n'a été suivie.</p> <p>2025 : aucune formation relative à la maltraitance ou à la bientraitance n'est programmée en 2025.</p> <div data-bbox="689 906 2116 1010" style="background-color: #f8d7da; border: 1px solid #f5c6cb; padding: 5px;"> <p>Écart 4 : En l'absence de formation relative à la maltraitance ou à la bientraitance pour les professionnels en 2024 et dans la programmation du plan de formation de 2025, la direction compromet la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des usagers et contrevient aux articles L311-8 et L311-3 du CASF.</p> </div> <p>Il est à noter que le projet d'établissement 2024-2028, non validé par les instances réglementaires à ce jour, fait état de mesures de promotion de la bientraitance (« bien être psychique, chaque professionnel est invité à inscrire sa pratique dans une culture de la bientraitance ... »), l'établissement précise s'engager à mettre en place des actions de formation « qui permettent à tous les professionnels, quelque que soit leur fonction, d'accéder à des connaissances sur le plan légal et sur les risques de maltraitance auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes très vulnérable », (...). Le projet d'établissement précise également que l'IME a mis en place un protocole « conduite à tenir en cas de constat de maltraitance » et un livret à destination des professionnels, « bientraitance et prévention de la maltraitance » qui leur est remis de manière qu'ils puissent évaluer quand ils le souhaitent leur pratique professionnelle (...).</p> <p>Au cours des entretiens, il a été indiqué que des groupes d'analyses de pratiques professionnelles étaient envisagés.</p> <div data-bbox="689 1294 2116 1334" style="background-color: #d1ecf1; border: 1px solid #bee5eb; padding: 5px;"> <p>Remarque 7 : L'établissement n'a pas mis en œuvre de groupe d'analyse des pratiques professionnelles.</p> </div>

1.4. Gestion des plaintes et des événements indésirables

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.4.1. <u>Les réclamations, plaintes</u>	<p>Au jour de l'inspection, la mission constate qu'il n'y a pas de système formalisé de communication entre l'établissement et les familles. Il a été rapporté lors des entretiens que la communication avec les familles se fait majoritairement par échange de mails, au besoin. Les demandes des familles de tous types (réclamation, plainte, insatisfaction, demande de rendez-vous...) sont traitées par la direction et/ou l'équipe pluriprofessionnelle en charge de l'enfant.</p> <p>La direction a informé la mission du déploiement prochain dans l'établissement d'un logiciel dédié qui permettra de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.</p> <p>Remarque 8 : L'établissement n'a pas informé la mission de l'organisation d'une session de formation au logiciel permettant de déclarer des dysfonctionnements et des événements indésirables, qui doit être prochainement déployé dans l'établissement.</p>
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.4.2. <u>Dysfonctionnement et événements indésirables</u>	<p>Au regard de l'ensemble des documents transmis par l'établissement, une politique de gestion des risques est mise en place et formalisée dans l'établissement. Celle-ci est connue de l'ensemble des professionnels ce qui a été confirmé lors des entretiens menés le jour de l'inspection.</p> <p>Les documents transmis sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de signalement et de traitement des événements indésirables (25/04/2023) : elle définit les modalités d'identification, de signalement et de traitement d'un événement indésirable au sein de l'établissement ou d'une activité réalisée par des professionnels de l'établissement ; - Une procédure de gestion des événements indésirables : non datée, non signée par les parties prenantes. Cette procédure décrit la gestion des EI depuis l'observation de l'EI à sa correction et à son analyse ; - Un modèle de fiche de signalement d'un EI ; - Une fiche d'analyse d'un EI (5/5/2023) : ce document sert de support pour l'analyse des causes et la mise en place de mesure(s) corrective(s) à la suite de la survenue d'un EI, quelle que soit sa nature ; - Procédure de gestion des EI (01/01/2018) : non signée. Cette procédure décrit la gestion des événements indésirables depuis l'observation de l'événements indésirable, à sa correction et à son analyse. - Charte d'incitation au signalement d'un événements indésirable (5/05/2023). - Affiche « signaler et alerter » affichée dans l'établissement présentant les circuits de signalement pour les professionnels de santé ; - Affiche « A signaler à l'ARS » <p>Remarque 9 : Les documents relatifs au signalement et à la gestion des dysfonctionnements et événements indésirables ne sont ni signés ni datés.</p> <p>L'établissement a transmis une liste des événements indésirables survenus en 2024 en précisant qu'aucun d'entre eux n'avaient été déclarés à l'ARS. En effet, la mission constate que le dernier EIG déclaré à l'ARS date du 6/07/2023.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Aussi, la mission s'interroge sur la mise en œuvre réelle de la politique de gestion des EIG dans l'établissement alors qu'aucune déclaration d'EIG n'a été réalisée à l'ARS depuis plus de 18 mois. Cette situation est confirmée par les entretiens qui précisent que les procédures de déclaration d'EIG existent dans l'établissement mais qu'une politique de déclaration généralisée au niveau du siège de l'association gestionnaire sera progressivement déployée dans les établissements du groupe pour mettre en place « <i>une vraie politique de déclaration</i> ».</p> <p>Écart 5 : En ne déclarant pas systématiquement à l'ARS les événements indésirables graves survenus dans l'établissement, celui-ci contrevient aux articles L331-8-1, R.331-8 du CASF.</p> <p>Par ailleurs, la mission n'a pas été destinataire de bilan des EI régulièrement réalisé, ni de réunion de retour d'expérience, ni de mesures correctrices associées. Aussi, elle ne peut pas confirmer l'analyse des dysfonctionnements/événements indésirables et l'utilisation des procédures susmentionnées.</p> <p>Écart 6 : En ne mettant pas en œuvre de procédure de retour d'expérience à la suite des dysfonctionnements et/ou d'événements indésirables et de mesures correctrices pour éviter qu'ils ne se reproduisent, la direction ne met pas en place les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge et contrevient à l'article R331-8 du CASF.</p>

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																																																																																	
	2.1.1. <u>Les ressources humaines en prestations directes</u>	<p>L'établissement fonctionne avec un internat de 32 places et un externat de 10 places. Un accueil partiel en internat est possible (1 ou 2 jours par semaine) complété d'un accueil en externat pour les autres jours de la semaine. L'établissement est ouvert 365 jours par an, de jour comme de nuit. Il a été précisé à la mission, lors des entretiens, que la majorité des enfants rentrent dans leur famille le week-end. Le nombre d'enfant présent chaque week-end, n'a pas été indiqué à la mission.</p> <p>I. LES EFFECTIFS</p> <p>Il n'a pas été transmis de tableau de effectifs et/ou des ETP. Le tableau ci-dessous est extrait du projet d'établissement 2024-2028 transmis. Les effectifs totaux de l'établissement s'établissent à ■ ETP toutes catégories professionnelles confondues soit un taux global d'encadrement de ■ professionnels pour un enfant.</p> <div><table><tr><th rowspan="2">CATEGORIE DE PERSONNEL</th><th colspan="2">ACTUEL</th></tr><tr><th>Nbre</th><th>E.T.P.</th></tr><tr><td>DIRECTION & ADMINISTRATIF</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Directeur</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Comptable</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Secrétaire</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Assistante sociale</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sous-Total</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ratio d'encadrement</td><td></td><td></td></tr><tr><td>SERVICES GENERAUX</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Cuisine</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Agent technique supérieur</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Agent d'entretien ménage</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Lingère</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Homme d'entretien</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sous-Total</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ratio d'encadrement</td><td></td><td></td></tr><tr><td>EDUCATIF</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Chef de service</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Educateurs spécialisés</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Educateur sportif</td><td></td><td></td></tr><tr><td>A.M.P./A.S. jour</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sous-Total</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ratio d'encadrement</td><td></td><td></td></tr></table><p>Document 7. Extraction du projet d'établissement 2024-2028</p><table><tr><th rowspan="2">CATEGORIE DE PERSONNEL</th><th colspan="2">ACTUEL</th></tr><tr><th>Nbre</th><th>E.T.P.</th></tr><tr><td>NUITS</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Infirmières</td><td></td><td></td></tr><tr><td>A.M.P./A.S. nuit</td><td></td><td></td></tr><tr><td>CDD AMP pérennes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sous-Total</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ratio d'encadrement</td><td></td><td></td></tr><tr><td>MEDICAL</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Médecin généraliste</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Médecin psychiatre</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Médecin rééducation fonction.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sous-Total</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ratio d'encadrement</td><td></td><td></td></tr><tr><td>PARAMEDICAL</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Infirmière</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Kinésithérapeute</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ergothérapeute</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Psychomotricien</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Orthophoniste</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Psychologue</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sous-Total</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ratio d'encadrement</td><td></td><td></td></tr><tr><td>TOTAL GENERAL</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ratio d'encadrement</td><td></td><td></td></tr></table></div>	CATEGORIE DE PERSONNEL	ACTUEL		Nbre	E.T.P.	DIRECTION & ADMINISTRATIF			Directeur			Comptable			Secrétaire			Assistante sociale			Sous-Total			Ratio d'encadrement			SERVICES GENERAUX			Cuisine			Agent technique supérieur			Agent d'entretien ménage			Lingère			Homme d'entretien			Sous-Total			Ratio d'encadrement			EDUCATIF			Chef de service			Educateurs spécialisés			Educateur sportif			A.M.P./A.S. jour			Sous-Total			Ratio d'encadrement			CATEGORIE DE PERSONNEL	ACTUEL		Nbre	E.T.P.	NUITS			Infirmières			A.M.P./A.S. nuit			CDD AMP pérennes			Sous-Total			Ratio d'encadrement			MEDICAL			Médecin généraliste			Médecin psychiatre			Médecin rééducation fonction.			Sous-Total			Ratio d'encadrement			PARAMEDICAL			Infirmière			Kinésithérapeute			Ergothérapeute			Psychomotricien			Orthophoniste			Psychologue			Sous-Total			Ratio d'encadrement			TOTAL GENERAL			Ratio d'encadrement		
CATEGORIE DE PERSONNEL	ACTUEL																																																																																																																																																		
	Nbre	E.T.P.																																																																																																																																																	
DIRECTION & ADMINISTRATIF																																																																																																																																																			
Directeur																																																																																																																																																			
Comptable																																																																																																																																																			
Secrétaire																																																																																																																																																			
Assistante sociale																																																																																																																																																			
Sous-Total																																																																																																																																																			
Ratio d'encadrement																																																																																																																																																			
SERVICES GENERAUX																																																																																																																																																			
Cuisine																																																																																																																																																			
Agent technique supérieur																																																																																																																																																			
Agent d'entretien ménage																																																																																																																																																			
Lingère																																																																																																																																																			
Homme d'entretien																																																																																																																																																			
Sous-Total																																																																																																																																																			
Ratio d'encadrement																																																																																																																																																			
EDUCATIF																																																																																																																																																			
Chef de service																																																																																																																																																			
Educateurs spécialisés																																																																																																																																																			
Educateur sportif																																																																																																																																																			
A.M.P./A.S. jour																																																																																																																																																			
Sous-Total																																																																																																																																																			
Ratio d'encadrement																																																																																																																																																			
CATEGORIE DE PERSONNEL	ACTUEL																																																																																																																																																		
	Nbre	E.T.P.																																																																																																																																																	
NUITS																																																																																																																																																			
Infirmières																																																																																																																																																			
A.M.P./A.S. nuit																																																																																																																																																			
CDD AMP pérennes																																																																																																																																																			
Sous-Total																																																																																																																																																			
Ratio d'encadrement																																																																																																																																																			
MEDICAL																																																																																																																																																			
Médecin généraliste																																																																																																																																																			
Médecin psychiatre																																																																																																																																																			
Médecin rééducation fonction.																																																																																																																																																			
Sous-Total																																																																																																																																																			
Ratio d'encadrement																																																																																																																																																			
PARAMEDICAL																																																																																																																																																			
Infirmière																																																																																																																																																			
Kinésithérapeute																																																																																																																																																			
Ergothérapeute																																																																																																																																																			
Psychomotricien																																																																																																																																																			
Orthophoniste																																																																																																																																																			
Psychologue																																																																																																																																																			
Sous-Total																																																																																																																																																			
Ratio d'encadrement																																																																																																																																																			
TOTAL GENERAL																																																																																																																																																			
Ratio d'encadrement																																																																																																																																																			

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires								
		<p>Lors des entretiens, il a été précisé à la mission, que [REDACTED] quittaient leurs fonctions au sein de l'établissement et que [REDACTED] étaient en cours. Au regard du tableau des effectifs ci-dessus, l'établissement indique la nécessité [REDACTED] de jour et de [REDACTED] de nuit. Les informations transmises le jour de l'inspection n'ont pas été corroborées par l'envoi des contrats de travail des personnels soignants malgré la demande de la mission. Aussi, la mission n'est pas en mesure de confirmer du nombre exact d'IDE en poste dans l'établissement pour assurer la prise en charge en soins des usagers.</p> <p>Écart 7 : Bien que l'établissement dispose d'au-moins un IDE salarié en contrat à durée indéterminée, conformément à l'article D312-21 du CASF, l'organisation de base identifiée comme nécessaire par la direction et mise en place au regard des besoins des usagers, comprend 6,5 ETP d'IDE (1 de jour et 2,5 de nuit). Ainsi, le nombre insuffisant d'IDE compromet la qualité et la continuité des soins, de même que la santé des enfants et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.</p> <p>Les effectifs sociaux-éducatifs sont répartis par groupe (8 groupes accueillant des jeunes de 6 à 28 ans) et le nombre de professionnels varie en fonction du niveau de dépendance des enfants dans chaque groupe. Un tableau transmis par l'établissement « <i>Répartition des groupes jeunes/professionnels</i> » précise la répartition suivante (jour et nuit) :</p> <table><tr><td>Groupe Colombine (9 enfants)</td><td rowspan="8">[REDACTED]</td></tr><tr><td>Groupe Blue Jean (3 enfants)</td></tr><tr><td>Groupe Petits Loups (6 enfants)</td></tr><tr><td>Groupe Aurore Saphir (7 enfants)</td></tr><tr><td>Foyer (6 enfants)</td></tr><tr><td>Groupe Mennecy (5 jeunes)</td></tr><tr><td>Groupe Fontenay</td></tr></table> <p>Document 8. Extrait de « <i>répartition des groupes jeunes/professionnels</i> »</p> <p>Au regard des documents transmis à la mission (tableau de synthèse des effectifs, tableau de répartition des professionnels par groupe et état des lieux de l'IME (tableau Excel), la mission ne peut dresser un état des lieux des professionnels en CDI/CDD par qualification.</p> <p>De plus, les contradictions observées entre les documents ne permettent pas de distinguer les professionnels par catégories (AS/AES/AMP) et d'identifier les postes vacants par catégories professionnelles. Cela ne permet pas de définir le nombre exact d'ETP par catégorie professionnelle en poste dans l'établissement, et a fortiori d'identifier les postes vacants dans ces mêmes catégories. Aussi, la mission ne peut s'assurer que l'établissement dispose d'un effectif suffisant pour prendre en charge de manière qualitative et sécurisée les enfants.</p>	Groupe Colombine (9 enfants)	[REDACTED]	Groupe Blue Jean (3 enfants)	Groupe Petits Loups (6 enfants)	Groupe Aurore Saphir (7 enfants)	Foyer (6 enfants)	Groupe Mennecy (5 jeunes)	Groupe Fontenay
Groupe Colombine (9 enfants)	[REDACTED]									
Groupe Blue Jean (3 enfants)										
Groupe Petits Loups (6 enfants)										
Groupe Aurore Saphir (7 enfants)										
Foyer (6 enfants)										
Groupe Mennecy (5 jeunes)										
Groupe Fontenay										

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Écart 8 : Le manque de précisions et de fiabilité des informations concernant les effectifs sociaux-éducatifs en poste dans l'établissement ne permet pas de définir l'effectif réel, et la qualification des professionnels, ce qui compromet la sécurité et la qualité de la prise en charge socio-éducative des enfants et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.</p> <p>1. <u>Les effectifs médicaux et paramédicaux (autres que IDE) :</u></p> <p>Au regard du « <i>tableau des effectifs</i> » extrait du projet d'établissement 2024-2028, l'établissement déclare les effectifs suivants en poste : IDE (), Médecin généraliste (), Médecin psychiatre (), Médecin rééducation fonctionnelle (), Kinésithérapeute (), Ergothérapeute (), Psychomotricien (), Orthophoniste () et Psychologue ().</p> <p>Au jour de la visite, il a été précisé lors des entretiens () est recruté pour mars 2025 à hauteur de (). La mission ne peut le confirmer car l'établissement ne lui a pas transmis le contrat de travail de ce médecin. Aussi, en raison des données ci-dessus et des dires contradictoires de la direction, la mission ne peut s'assurer de la régularité de l'équipe médicale au sens de l'article D.312-21 du CASF.</p> <p>Écart 9 : En n'apportant pas la preuve du recrutement effectif d'un médecin psychiatre, l'établissement contrevient à l'article D.312-21 du CASF relatif à la composition attendue de l'équipe médicale et paramédicale en IME.</p> <p>L'établissement n'a transmis aucun document permettant d'attester de la formalisation d'une convention avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste.</p> <p>Écart 10 : En ne conventionnant pas avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste (ou un stomatologiste) l'établissement ne met pas en place une organisation permettant d'assurer un suivi global de l'état de santé des jeunes et contrevient à l'article D312-23 du CASF.</p> <p>2. <u>La qualification des professionnels en charge de l'accompagnement socio-éducatif (AES/ES)</u></p> <p>A titre liminaire, il est précisé que la mission n'a reçu aucun des documents demandés à l'établissement (diplômes, bulletins de salaire...) lui permettant d'apprécier la conformité réglementaire des qualifications des professionnels en charge de l'accompagnement socio-éducatif des enfants. Elle s'est donc appuyée sur trois documents transmis pour identifier les personnels affectés à la prise en charge des enfants de jour et de nuit : le « <i>registre unique des personnels</i> » (RUP) en cours (débutant au 01/01/2025), le tableau « <i>répartition des groupes de jeunes/professionnels</i> » et les « <i>plannings d'affectation</i> » transmis par l'établissement (janvier, février et mars 2025). Les professionnels ont été identifiés mais leur qualification n'a pas été démontrée.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>La mission rappelle que l'établissement doit recruter au-moins 1 professionnel éducateur pour 15 enfants, soit, au regard de la capacité de l'établissement, au moins 3 éducateurs diplômés.</p> <div data-bbox="663 268 2128 384" style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f8d7da;"> <p>Écart 11 : Le nombre de personnels en charge de l'accompagnement socio-éducatif disposant des qualifications réglementaires ne peut être déterminé, aussi la qualité et la sécurité de l'accompagnement ne peuvent être confirmées, ce qui contrevient aux articles D312-25, D312-26 et L311-3 du CASF.</p> </div> <p>3. Dossiers administratifs des salariés</p> <p>La mission n'a pas pu consulter les dossiers des salariés le jour de l'inspection car ils sont conservés au siège de l'association Altérité.</p> <p>4. La stabilité des effectifs de l'établissement</p> <p>Le taux de rotation des professionnels de 2023 que l'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2024 est de [REDACTED]. Ce taux est en-dessous de la médiane régionale ([REDACTED]) et départementale ([REDACTED] Val-de-Marne (94)). Aussi, de ces données, la mission constate que le taux de rotation des professionnels de l'établissement – comparé aux médianes territoriales – indique une stabilité de ses effectifs permanents.</p> <p>Le taux d'absentéisme des professionnels de 2023 que l'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2024 est de [REDACTED]. Ce taux est au-dessus de la médiane régionale [REDACTED] et départementale ([REDACTED] Val-de-Marne (94)). Aussi, de ces données, la mission constate que le taux d'absentéisme des professionnels de l'établissement – comparé aux médianes territoriales – indique que les effectifs sont souvent confrontés à une désorganisation causée par l'absence de professionnels.</p> <p>Les principaux motifs du taux d'absentéisme sont la maladie longue durée (absences d'une durée supérieure à 6 mois) [REDACTED] la maladie de moyenne durée [REDACTED] et l'accident du travail/maladie professionnelle [REDACTED]. Aussi, la mission constate que l'absentéisme est principalement dû à des raisons de santé.</p> <p>Le nombre de recours aux CDD de remplacement en 2023 déclaré par l'établissement lors de la campagne ANAP de 2024 est de [REDACTED]. A l'échelle régionale, si l'on compare ce chiffre avec l'ensemble des IME étant sous la même convention collective⁷ ([REDACTED]), il est au-dessus de la médiane [REDACTED].</p> <p>D'après le RUP qui couvre les 3 derniers mois, l'établissement a eu recours, sur les 3 mois précédant l'inspection, à [REDACTED] CDD de remplacement (AS/AES/AMP/IDE).</p> <p>Ce même RUP indique que la moitié des remplacements ont été réalisés par [REDACTED] soignants faisant partie de la liste des remplaçants à contacter en cas d'absence du personnel permanent (CDI). Autrement-dit, la majorité des remplacements a été réalisée par les mêmes professionnels.</p>

⁷ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 (mise à jour le 15/09/1976).

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>La mission s'interroge sur le nombre de CDD déclaré dans l'ANAP en 2023 (■ sur 12 mois) et celui des 3 derniers mois inscrit au RUP (■).</p> <p>En conclusion : Même si les effectifs permanents de l'établissement sont souvent confrontés à une désorganisation causée par l'absence du personnel pour des raisons essentiellement médicales, l'établissement est en mesure d'assurer la stabilité de ses effectifs notamment en ayant un taux de rotation des personnels en dessous des médianes territoriales et en recourant régulièrement aux mêmes CDDs, lorsqu'il a des besoins en remplacement.</p> <p>5. Les fiches de postes</p> <p>Des fiches de poste génériques relatives à plusieurs catégories professionnelles ont été transmises. Elles ne sont ni nominatives ni signées ce qui ne revêt pas de caractère obligatoire mais relève des bonnes pratiques. Lors des entretiens, certains professionnels ont déclaré ne pas avoir de fiche de poste et que « les missions sont déterminées sur le terrain ».</p> <p>Remarque 10 : L'établissement ne dispose pas de fiches de postes nominatives et co-signées présentant à chacun ses missions.</p> <p>La mission constate des fiches de poste identiques entre les AS et AMP alors que ces professionnels n'ont pas les mêmes compétences. Cela caractérise un glissement de tâches institutionnalisé entre AS et AMP/AES.</p> <p>Par ailleurs, lors de la visite des unités et les entretiens, il a été précisé à la mission que les toilettes et les changes sont réalisés par des éducateurs et/ou des AS et AMP/AES. Cela caractérise un glissement de tâches institutionnalisé entre les différents professionnels éducateurs et les AS.</p> <p>La mission rappelle que les éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs ne sont pas des professionnels de soins, ils ne sont ni formés ni autorisés à accompagner ou réaliser des toilettes/douches.⁸. De même, les AES-AMP, ne sont pas des auxiliaires de soins mais des professionnels sociaux-éducatifs (selon le CSP) et ils ne sont ni formés ni autorisés à réaliser l'ensemble des tâches autorisées pour les AS⁹.</p> <p>Écart 12 : En ne différenciant pas les compétences propres aux AS, AMP/AES et aux professionnels éducatifs, l'établissement met en place un glissement de tâches institutionnalisé entre ces catégories professionnelles de nature à compromettre la sécurité et la qualité des prises en charges ; ce qui contrevient aux articles D312-26 et L311-3 du CASF.</p>

⁸ Exception faite d'une urgence (personne souillée) lors d'une sortie hors d'un établissement.

⁹ La classification des soins d'hygiène se fait au regard du niveau d'autonomie et des dispositifs médicaux (ex : sonde urinaire ou pas). Les soins d'hygiène complexes doivent généralement être réalisés à deux professionnels dont au moins un AS.

Sous-thème
IGAS

Points de contrôle

Observations ou commentaires

6. Les formations des professionnels

L'établissement a transmis les documents relatifs à la formation du personnel suivants :

- Un récapitulatif des formations suivies par les professionnels en 2023 et 2024
- 1 plan de développement des compétences (2025) ;
- Des attestations de formation professionnelles :
 - 5 attestations relatives au suivi () de la formation relative à la prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance, en date du 5 décembre 2023

FORMATIONS REALISEES 2023 - 2024

Formations2023

Intitulé	Nbre de salariés
Connaissance des publics	
Le travail familial en institution	
Prévention de la maltraitance	
Troubles sensoriels moteurs	

Formations2024

Intitulé	Nbre de salariés
Les bonnes pratiques de l'hygiène	
Contrat Pro AES	
Emergence du langage chez les enfants autistes	
Déglutition	
Secrétariat (transition pro)	

Plan de développement des compétences 2025

Educateur spécialisé	Le virage inclusif : un accompagnement personnalisé de l'usager
IDE	Troubles du comportement, agitation et hyperactivité de l'enfant
Psychomotricien	Troubles du comportement, agitation et hyperactivité de l'enfant
AMP/AES	VAE Educateur Spécialisé
AMP/AES	Snoezelen
Orthophoniste	La communication de la personne avec autisme et les priorités de prise en charge
Orthophoniste	Oro-motricité et sensorialité en orthophonie
Orthophoniste	Alimentation et TSA
Orthophoniste	CAA : les tableaux de langage assisté
Orthophoniste	Cahier de vie
Orthophoniste	CAA : les outils linguistiquement robustes
AES	Les troubles sensorimoteurs dans les TSA
EDUC/AES	les troubles sévères de la relation chez les autistes et/ou les polyhandicapés

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p><u>S'agissant des formations non qualifiantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La mission constate que l'établissement organise des sessions de formations d'adaptation à l'emploi portant sur la prise en charge des usagers (connaissance des publics, prise en charge des troubles spécifiques, alimentation et TS, communication ...) permettant aux professionnels d'améliorer leur pratique professionnelle. Néanmoins, la mission constate qu'il n'y a : <ul style="list-style-type: none"> • Aucune formation prévue en 2025 sur la prévention de la maltraitance. • Aucune formation obligatoire réalisées en 2023-2024 et programmées en 2025 : incendie (tout le personnel), situation sanitaire d'urgence (SSE), AFGSU (niveau1 tout le personnel ; niveau 2, les IDE et mises à jour), maltraitance (en priorité les professionnels en prestations directes mais tous à terme) <p>Le projet d'établissement (non encore validé) précise que la direction élabore chaque année un plan de formation répondant, d'une part, aux obligations légales et réglementaire (lutte contre incendie, AFGSU...) et d'autre part, à des axes stratégiques de développement. A ce titre, l'IME a réalisé un programme ambitieux sur 3 ans pour former tout le personnel au langage MAKATON. Toutefois, la mission ne constate pas la présence de ces formations dans les plans de formation transmis.</p> <div data-bbox="667 627 2130 778" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 13 : En ne prévoyant pas en 2025 de formation relative à la maltraitance ou à la bientraitance et en ne formant pas les personnels de l'établissement, a minima, aux formations obligatoires et/ou garantes de la sécurité et de la santé des usagers, l'organisme gestionnaire et la direction de l'IME compromettent la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des usagers, ce qui contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L199-1, L311-3 et R311-38 du CASF.</p> </div> <p><u>S'agissant des formations qualifiantes :</u></p> <p>La mission constate que l'établissement a prévu en 2025 la réalisation de formations qualifiantes d'éducateur spécialisé par le biais de validation des acquis et de l'expérience, notamment destinées au personnel AES/AMP.</p> <p>II. LES PLANNINGS</p> <p>L'élaboration des plannings des professionnels de l'IME relève, en lien avec la [REDACTED], de la cheffe de service éducatif chargée de superviser les équipes.</p> <p><u>Les plannings de jour :</u> sur les 4 groupes en internat sur l'IME et 1 groupe pour les 2 pavillons.</p> <p>L'IME est ouvert toute l'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Matin : 7h-14h – Horaire décalé : 9h-16h – Après-midi : 14h-21h – Foyer (externat) : 9h-16h

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Les 4 groupes en internat sont ouverts le week-end avec la présence de ■ AES en moyenne. Les éducateurs spécialisés ne travaillent pas le week-end.</p> <p><u>La nuit : 21h-7h.</u></p> <p>Afin de vérifier l'organisation des professionnels en charge des soins (IDE/AS) et de l'accompagnement socio-éducatif des enfants (AES et éducateurs (ES)) mise en place par l'établissement et l'homogénéité quotidienne de la répartition des effectifs, la mission a examiné le planning réalisé du mois de janvier 2025 des AES, ES et IDE de jour et de nuit. Il ressort de cet examen les éléments suivants :</p> <p>1. <u>La prise en charge de jour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La mission constate une hétérogénéité du nombre de personnel AES et ES présent quotidiennement qui ne peut être corrélée avec une variation quotidienne d'enfants à prendre en charge en l'absence d'un planning de présence des enfants par unité. <div data-bbox="667 655 2130 770" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 14 : En l'absence d'un listing des présences quotidiennes des enfants et de document permettant de confirmer la variation du nombre d'enfants réellement présents quotidiennement par unités, la mission considère que la prise en charge ne peut être de qualité, continue et sécurisée ; ce qui contrevient aux articles L311-3 et D312-12 du CASF.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> - La mission constate qu'en cas d'absence du personnel (formation, congé maladie, accident du travail...), il n'est pas prévu de remplacement (ex : 10/1, 16-17/01, du 15/01 au 20/01). Une liste de personnel intérimaire a été transmise par l'établissement mais aucun des noms de cette liste n'apparaît en remplacement d'un personnel absent sur le mois de janvier 2025. - S'agissant de la politique de remplacement mise en place dans la structure, aucun document n'a été transmis à la mission, aussi celle-ci considère que l'établissement ne dispose d'aucune procédure. L'établissement n'anticipe donc pas les absences programmées de son personnel ni ne cherche à remplacer du personnel absent de manière inopinée. Cette situation n'est pas observée la nuit où la mission constate que les absences sont remplacées par un AMP de jour, mais a fortiori au détriment de sa présence dans l'effectif de jour ; - La présence d'effectifs en nombre en journée n'est pas toujours assurée, au-delà du non-remplacement de personnel absent : 15-28/01 (blue jean), 3-8-15-16-17-27 au 31/01 (petites loups), 3-10/01 (saphir)3-6 au 9/01,15-17-20/01 Fontenay), 24-27-31/01 (Mennecy). <div data-bbox="667 1129 2130 1243" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 15 : En ne formalisant pas de procédures de remplacement des personnels en cas d'absence programmée et/ou inopinée, l'établissement ne se met pas en capacité d'organiser la continuité de la prise en charge des usagers, compromet la qualité de la prise en charge et contrevient aux articles D312-12 et L311-3 du CASF.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> - La mission constate la présence de stagiaires dans les plannings, sans que la formation dans laquelle ils sont inscrits ne soit précisée.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>S'agissant du planning des IDE : la couverture horaire de jour est 8h-20h.</p> <p>Globalement sur l'ensemble du mois observé, la mission constate la présence d'■ IDE chaque jour, week-end compris, excepté les 4-5-8-29/01 où il n'y a pas d'IDE. La mission constate que ces personnels n'ont pas été remplacés sur ces jours d'absence.</p> <div data-bbox="667 355 2128 437"> <p>Écart 16 : Le non-remplacement systématique des IDE en cas d'absence compromet la continuité des soins dans les prises en charge ; ce qui contrevient aux articles L1110-1 du CSP et D312-22 et L311-3 1° et 3° du CASF.</p> </div> <p>2. La prise en charge de nuit :</p> <p>L'horaire de nuit est « 21h-7h » pour les AMP/AES et les IDE.</p> <p>S'agissant des AMP, selon la maquette organisationnelle de l'établissement, l'effectif attendu est de ■ AMP par nuit quotidiennement. A la lecture du planning de janvier 2025, la mission constate une hétérogénéité du nombre de personnel AMP présent quotidiennement qui s'échelonne de ■ AMP sur le mois (■). Les absences ne sont pas systématiquement remplacées toutefois, il arrive qu'■ AMP de jour viennent remplacer certaines absences de nuit.</p> <p>S'agissant des IDE, selon la maquette organisationnelle de l'établissement, l'effectif attendu quotidiennement est de ■ IDE par nuit. Sur l'ensemble du mois, il y a chaque nuit au moins ■ IDE, excepté les nuits du 20 et 21/01 où il n'y pas d'IDE. Seuls ■ AMP sont présents.</p> <p>La mission précise que les compétences d'un AMP ne lui permettent pas de pouvoir répondre à l'ensemble des situations (relatives aux soins) pouvant survenir la nuit (cf. I.6 supra), aussi en l'absence d'IDE la nuit, la seule présence d'AMP constitue un défaut de prise en charge en soins (médicaments, urgences) et a fortiori un glissement de tâches de nature à compromettre la sécurité de la prise en charge la nuit.</p> <div data-bbox="667 925 2128 1074"> <p>Écart 17 : Le non-remplacement systématique d'IDE la nuit par un IDE, et la présence d'AMP seuls entraîne un risque de glissement de tâches, par exemple lors de la distribution des médicaments de nuit et/ou d'une situation sanitaire d'urgence, ce qui constitue un risque réel et sérieux pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 1° et 3° du CASF.</p> </div> <p>Les transmissions entre les équipes de jour et de nuit : la mission constate que les horaires de jour et de nuit des IDE ne leur permettent pas de faire des transmissions entre soignants.</p> <div data-bbox="667 1217 2128 1332"> <p>Écart 18 : Les horaires des équipes soignantes ne permettent pas la mise en œuvre de transmission inter équipes le matin ce qui compromet la continuité des soins et constitue un risque réel et sérieux pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 1° et 3° du CASF.</p> </div>

Sous-thème IGAS 2.1- Gestion des ressources humaines	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	2.1.2. <u>Profils et effectifs des professionnels de l'équipe pédagogique</u>	<p>L'Education nationale met à disposition de l'IME [REDACTED] ETP d'enseignant. Ces enseignants prennent en charge 29 enfants pendant 45 mn chacun.</p> <p>Il a été rapporté à la mission lors des entretiens que le temps de scolarité est en fait inférieur à 45mn en raison du profil des enfants. Il faut prendre en compte le temps d'arrivée, de s'installer, de se calmer (au besoin), de refaire son sac et de repartir. Les enseignants ont indiqué qu'ils n'établissaient pas de volet « pédagogie » dans le projet individualisé des enfants et que les GEVA-sco¹⁰ ne sont réalisés que pour 1 à 2 enfants.</p> <p>Les dossiers des enfants non scolarisés (obligation de 3 à 16 ans) ne mentionnent pas de justifications.</p> <p>Jusqu'à récemment, l'équipe pédagogique était maintenue à l'écart de l'équipe pluridisciplinaire par la direction antérieure de l'établissement.</p> <p>A son arrivée, la nouvelle direction a rencontré l'inspectrice d'académie afin de rétablir les relations IME – éducation nationale.</p> <p>Les enseignants de l'établissement ont pu présenter les grandes lignes de leur projet à la direction et ils devraient transmettre le projet pédagogique formalisé pour la rentrée scolaire 2025-2026. Selon les entretiens menés, il comprendrait en sus des sessions individuelles, des sessions collectives et la participation des enseignants un certain nombre de réunions avec les professionnels de l'établissement. Cette nouvelle organisation a modifié positivement la place de l'équipe pédagogique dans l'établissement.</p> <p>La [REDACTED] a informé la mission de sa volonté de rencontrer la direction de l'école primaire et élémentaire de la commune afin de mettre en place un partenariat. (entretiens).</p> <div data-bbox="667 710 2130 874" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 19 : En l'absence de projet pédagogique et de l'ensemble des dispositifs afférents, dont le volet pédagogique du projet individuel des enfants/jeunes et le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation, pour répondre aux besoins de l'ensemble des enfants/jeunes de l'IME, l'organisme gestionnaire et l'établissement ne peuvent garantir le bien-être psychique, l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles ni l'acquisition de l'autonomie maximale quotidienne et sociale des usagers, ce qui contrevient aux articles D312-10-1,3,5,6,7,10,14 et 16,D312-12 4°a et D312-15 du CASF.</p> </div>
2.1. Gestion des ressources humaines	2.1.3. <u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission)</u>	<p>Différentes réunions d'échange institutionnel sont mises en œuvre depuis janvier 2025 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réunion des directeurs du groupe tous les mois ; - réunion trimestrielle avec les administrateurs ; - une réunion de direction administrative le lundi (chef de service, comptable, secrétaire RH-direction) ; - une réunion de cadres (direction, chef de service, psychiatre) le mercredi où sont abordés l'ambiance dans les unités (enfants et professionnels), les cas individualisés de prise en charge, les prises de rendez-vous ... ; - une commission juridique avec le siège ; une réunion d'unité par groupe, regroupant AMP, ES, et psychologue ou chef de service ou directrice le jeudi après-midi (thématiques RH et difficultés avec les enfants) ; une réunion institutionnelle une fois par trimestre avec tous les agents présents ;

¹⁰ Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » ;

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>une réunion de synthèse par semaine, le jeudi en présence de la psychologue, d'un enseignant, de l'orthophoniste et de l'équipe éducative concernée ;</p> <p>D'autres réunions ont lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « les grandes occasions » : une fête en décembre et une en juin avec les enfants, leurs familles et le personnel. - des réunions par groupe : des petits déjeuners sont organisés par groupe où sont invités les parents. <p>Concernant les transmissions, des cahiers sont en place dans chaque unité, en complément de la transmission par oral, plus communément employée.</p>

2.2. Gestion d'information



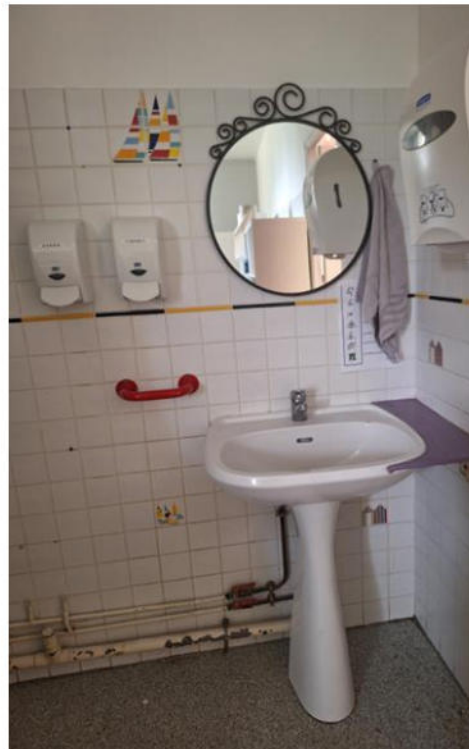
Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3. Gestion "information"	2.2.1. <u>Le support et le contenu des dossiers des usagers</u>	<p>Au jour de l'inspection, la mission a contrôlé 8 dossiers d'enfants/jeunes au format papier : 4 internes, 2 externes et 2 jeunes sous amendement Creton.</p> <p>Globalement les dossiers consultés contiennent les principales pièces recommandées : décision de notification à jour CDAPH¹¹, fiche de renseignements administratifs, relevés de synthèses.</p> <p>Néanmoins, la mission a relevé les constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 dossiers sur les 8 ne contiennent pas de GEVA-sco - Des données médicales sont classées dans certains dossiers alors que celles-ci devraient être classées dans les dossiers médicaux des usagers. <p>Les dossiers des usagers sont rangés dans une armoire fermée à clé dans le bureau d'un personnel administratif.</p> <p>La mission rappelle que l'article D312-37 du CASF précise que le contenu du dossier de chaque enfant doit respecter les règles de droit régissant le secret professionnel et la conservation des documents et que les données administratives et les données médicales ne peuvent être conservées ensemble.</p> <p>Écart 20 : Tels qu'ils sont organisés, les dossiers administratifs des enfants/jeunes ne contiennent pas l'ensemble des pièces attendues et contiennent en revanche des données couvertes par le secret médical, ce qui contrevient aux articles D312-37 du CASF et L1110-4 du CSP.</p>

¹¹ CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3. Gestion d'information	2.2.2. <u>La traçabilité des interventions des professionnels de soins interne ou externes dans les dossiers médicaux et de soins</u>	<p>Les transmissions écrites de l'ensemble des professionnels (champ thérapeutique et éducatif) sont réalisées dans des agendas, sans traçabilité dans des dossiers individuels des usagers.</p> <p>Remarque 11 : La globalisation des transmissions concernant l'ensemble des usagers dans un documents unique, d'autant plus au format papier est une source de perte d'information lors de la rédaction des synthèses dans le champ thérapeutique et éducatif.</p> <p>L'équipe d'inspection est informée, lors des entretiens, que l'informatisation des transmissions est en projet sur l'IME.</p>
2.3. Gestion d'information	2.2.3. <u>Le stockage et la sécurisation des données médicales des usagers</u>	<p>Les données médicales sont stockées à la fois sur un support papier et un support informatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier unique informatisé (DUI) sur un logiciel dédié qui a remplacé un autre logiciel . Les données stockées ont été transférées d'un logiciel à l'autre au fur et à mesure, à la suite d'une campagne de formation sur l'utilisation du nouveau logiciel. - Dossier papier contenant les comptes-rendus des consultations extérieures, le suivi des vaccins, les traitements. <p>Les support papiers sont stockés dans l'infirmerie constamment fermée et sécurisée.</p> <p>L'accès aux données médicales contenus dans le DIU est limité aux professionnels de soins habilités à accéder à l'infirmerie.</p> <p>Toutefois, des données médicales ont été trouvées par la mission dans les dossiers administratifs des enfants notamment les données du dossier d'admission.(Cf. supra).</p>

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.1. <u>L'état général du bâtiment</u>	<div data-bbox="801 355 2040 863" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="808 866 1514 890">Document 9. Photo de l'IME réalisé le jour de la visite par la mission</p> <p data-bbox="660 903 2116 962">L'IME est composé de plusieurs bâtiments mitoyens, il a fait l'objet de travaux et d'aménagements pour relier les bâtiments entre eux et permettre la circulation en fauteuils roulants ou des enfants atteints de troubles moteurs.</p> <p data-bbox="660 975 2116 1066">Toutefois, les couloirs, notamment, aux points de jonctions des bâtiments ne sont pas plats, ils comportent de nombreux plans inclinés et « bosses » qui nuisent à la fluidité de la circulation et à la sécurité des enfants porteurs de troubles moteurs. (troubles de la marche et déplacement en fauteuil roulant).</p> <div data-bbox="651 1086 2098 1157" data-label="Text"> <p>Remarque 12 : La circulation dans l'établissement n'est pas facile en raison de la configuration des locaux et des aménagements mis en place pour relier les différents niveaux des sols dans les bâtiments.</p> </div> <p data-bbox="660 1211 2116 1270">La configuration des locaux rappelle un labyrinthe et la mission s'est interrogée sur la rapidité d'évacuation des locaux en cas d'incendie. La direction a indiqué à la mission que la commission de sécurité était passée en début de semaine et avait donné un avis favorable.</p> <p data-bbox="660 1283 2116 1342">L'établissement a transmis un document datant de 3 ans, le procès-verbal de la commission de 2022, qui comportait plusieurs actions à mettre en œuvre.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>La mission n'a pas reçu le procès-verbal de la commission 2025 (demandé en entretien).</p> <p>Écart 21 : La mission ne peut confirmer que la commission communale de sécurité (2025) contre les risques d'incendie et de panique, ayant visitée l'IME, a donné un avis favorable sans réserve. Cela ne permet pas de garantir la sécurité des usagers et contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> <p>La mission a constaté que de petits travaux de décoration sont en cours (peinture murale dans une unité) toutefois, l'âge du bâtiment principal est perceptible (peinture écaillée ou aménagement datés).</p> <p>Par ailleurs, l'hygiène des locaux, des mobiliers et/ou des électro-ménagers dans salles de repas des unités pourrais être améliorée.</p> <div data-bbox="692 582 1151 1307">  </div> <div data-bbox="1164 659 1608 1131">  </div> <div data-bbox="1155 1171 1597 1225"> <p><u>Document 10.</u> Photos de la mission lors de la visite</p> </div> <div data-bbox="1635 566 2101 1319">  </div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Écart 22 : Les cuisines des unités de vie ne respectent pas les normes HACCP, notamment l'entretien de l'électro-ménager ce qui présente un risque non négligeable de toxi-infection alimentaire collective et contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> <p>Une équipe d'agent d'entretien réalise l'entretien quotidien des locaux et, dans chaque unité, une serpillière et un aspirateur sont mis à disposition des professionnels pour faire face aux aléas courants.</p> <p>Remarque 13 : L'hygiène des locaux n'est pas satisfaisante.</p> <p>La mission n'a pas constaté de salle d'apaisement et les entretiens ont confirmés l'absence de ce local.</p> <p>Remarque 14 : L'établissement n'a pas installé de salle d'apaisement pour la gestion des troubles graves du comportement.</p>
24. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.3.2. <u>Espaces extérieurs</u>	<p>L'IME est implanté dans un grand parc, il comprend un enclos avec des chevaux et un bâtiment scolaire situé, à distance, à l'arrière du parc.</p> <p>La mission a constaté la présence d'une « déchetterie » et d'une benne de chantier juste derrière le bâtiment principal.</p> <p>Certains enfants sont laissés libres de sortir seuls du bâtiment, notamment, pour se rendre à l'école dans le parc de l'IME. Cette pratique relève de l'autonomisation, ce que la mission comprend, toutefois, l'environnement extérieur n'est pas sécurisé et le comportement inattendu d'un enfant pourrait le mettre physiquement en danger à tout moment.</p> <p>Écart 23 : Le parc présente des risques par manque de sécurisation d'éléments extérieurs inappropriés comme une benne et des meubles relégués, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p>

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>Les chambres :</u>	<p>Les chambres sont réparties dans les différentes unités et elles sont disparates.</p> <p>Elles ne sont que très peu investies et personnalisées.</p> <p>La mission ne sait comment formaliser le ressenti d'abandon et de morosité perçu dans les chambres.</p> <div data-bbox="674 448 1379 834">  </div> <div data-bbox="1440 453 2123 831">  </div> <div data-bbox="640 845 1413 1220">  </div> <div data-bbox="1440 866 2123 1201">  </div> <p><u>Document 11.</u> Photos de chambres réalisées le jour de la visite par la mission</p> <p><u>Remarque 15 :</u> Les chambres ne sont pas personnalisées ni investies par les enfants.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	2.4.2. <u>Les pièces d'eau</u>	<p>Les pièces d'eau sont communes à plusieurs enfants et leurs aménagements sont datés. Par ailleurs, de nombreux objets et matériels sont dispersés dans ces locaux et nuisent à leurs fonctionnalité et sécurité. L'une des salles de bains sert clairement de lieu de stockage et de séchage de linge.</p> <div data-bbox="660 279 1032 778" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1059 339 1697 719" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1724 296 2107 764" data-label="Image"> </div> <p><u>Document 12.</u> Photos réalisées le jour de la visite par la mission</p> <p><u>Remarque 16 :</u> Les salles de bains ne sont ni opérationnelles ni sécurisées.</p>

2.5. Gestion des risques

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	<p>2.5.1. Sécurité des locaux</p>	<div data-bbox="622 363 996 544"> <p>L'accès au parc est sécurisé, 2 grilles à franchir séparent le parc de l'IME de l'extérieur. Les grilles sont protégées par un code chacune, ceux-ci étant affichés à proximité des boîtiers numériques à disposition de tous.</p> </div> <div data-bbox="1019 288 1288 619">  </div> <div data-bbox="1317 411 1637 496"> <p>Les panneaux lumineux indiquant la sortie sont présents et fonctionnent.</p> </div> <div data-bbox="1659 276 1921 630">  </div> <p>La mission n'a pas constaté de système spécifique de sécurisation des portes des locaux. Les enfants peuvent en sortir comme ils le veulent. Ils peuvent également sortir, à discrétion, sur les terrasses aux étages.</p> <p>EN revanche, les fenêtres de l'ensemble du bâtiment ne peuvent être ouvertes de l'intérieur par les enfants (absence de poignée) évitant ainsi tout risque de défenestration.</p> <p>La mission constate au-delà de la vétusté des locaux, l'absence de sécurité à certains endroits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les chambres : prises électriques non protégées, à hauteur des enfants (risque d'électrocution présent). - Accès direct aux terrasses dans les étages - Dans les couloirs, présence de fils électriques apparents au plafond. <div data-bbox="698 991 851 1174">  </div> <div data-bbox="967 994 1312 1171">  </div> <div data-bbox="1384 975 1559 1190">  </div> <div data-bbox="1682 975 1836 1190">  </div> <div data-bbox="622 1209 1910 1278"> <p>Remarque 17 : L'établissement n'a pas protégé les prises électriques des chambres des enfants ni sécurisé les accès aux terrasses.</p> </div>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2. Management et Stratégie	2.5.2. <u>Le plan bleu</u>	<p>La mission constate que le plan bleu (version mai 2024) transmis par l'établissement ne tient pas compte des nouveaux textes réglementaires (R311-38-1 et R311-38-2 du CASF) entrés en vigueur par le décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles. A titre d'exemple, le plan bleu de l'établissement ne prend pas en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif « ORSAN » définis à l'article R. 3131-4 du CSP.</p> <p>Par ailleurs, il nécessite des mises à jour (nom du directeur, actualisation des noms des référents en fonction des départs/arrivées des professionnels..., nom de la tutelle (« DDASS ») :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le document n'est pas signé et il ne précise pas s'il a été validé par les instances concernées (CVS...) ; - Absence d'une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération ; - Absence de modalité de révision du plan bleu ; - Absences de modalités de continuité de l'activité de l'établissement. <p>Écart 24 : Tel qu'il est actuellement rédigé le plan bleu n'est pas opérationnel et contrevient aux articles L.311-3, L311-8, D312-160 et R311-38-1 du CASF et R3131-4 CSP.</p>
2.5. Sécurités	2.5.3. <u>Identification des usagers</u>	<p>Des outils permettant d'identifier les enfants pris en charge sont mis en place dans les unités.</p> <p>La mission constate les affichages suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des tableaux d'activités par enfant, avec les noms et prénoms de chaque enfant, permettant de les identifier. - Un visuel « thermomètre » permettant à l'enfant d'exprimer son humeur. - Des portes manteaux pour chaque enfant avec leur photo <div data-bbox="667 927 1868 1222" style="background-color: black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 20px;"></div> <p>L'ensemble du personnel utilise le langage MAKATON, pour lequel il a été formé.</p>

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>	<p>Il n'y a pas de procédure d'admission au sein de l'IME. Toutefois, le circuit des admissions est connu de tous.</p> <p>Le médecin généraliste chargé de la coordination donne son avis sur les admissions sur la base des dossiers uniques de demande d'admission.</p> <p>Les motifs de refus sont : le manque de place disponible ou la charge en soins trop importante au regard du temps médical disponible sur l'IME.</p> <p>Certains dossiers peuvent être mis sur une liste d'attente, auquel cas les parents sont prévenus et encouragés à continuer à réactualiser les demandes d'admissions au sein de l'IME comme dans d'autres établissements.</p> <p>Une priorité est donnée à l'accueil d'enfants issus d'une même fratrie.</p> <p>Remarque 18 : L'IME n'a pas formalisé de procédure d'admission.</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.2. <u>La coordination des interventions des professionnels salariés et libéraux dans la PEC des usagers</u>	<p>L'équipe d'inspection a constaté que l'infirmier est mis au courant au fil de l'eau des déplacements des groupes d'usagers que ce soit au sein de l'IME qu'en extérieur.</p> <p>Les rendez-vous de soins auprès de professionnels extérieurs sont pris par le médecin et/ou les infirmiers.</p> <p>Pour chaque rendez-vous, l'usager est accompagné par un professionnel. S'il y a besoin de prendre un rendez-vous ultérieur, l'accompagnant le prend sur place et le communique à l'infirmier à son retour sur l'IME.</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.3. <u>L'amendement Creton</u>	<p>La structure accueille plusieurs jeunes sous amendement Creton ou en phase de demande d'amendement.</p> <p>La mission a constaté la présence de document confirmant le maintien dans l'établissement ou de demande en cours dans tous les dossiers des jeunes de plus de 20 ans.</p> <p>La nouvelle équipe en place a mis à jour la situation de ces jeunes depuis son arrivée, un transfert vers un établissement pour adulte a eu lieu et deux sont programmés dans les semaines suivants l'inspection.</p>
3.1. Organisation de la PEC de l'admission à la sortie	3.1.4. <u>La sortie, la réorientation et l'accompagnement après la sortie</u>	<p>La mission a constaté que l'établissement n'anticipe pas et ne prépare pas la sortie des jeunes de l'établissement ce qui diminue les possibilités d'insertion dans la société de ces jeunes et favorise le maintien d'usagers de plus de 20 ans dans l'IME.</p> <p>La mission est consciente que le profil d'une grande majorité des enfants accueillis ne permet pas d'envisager une insertion dans la société et une activité professionnelle y compris dans un milieu protégé (type ESAT).</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Toutefois, l'absence de projet d'établissement validé, la faible scolarisation des enfants et l'absence d'accompagnement individualisé des enfants ces dernières années n'ont pas favorisé de décisions éclairées concernant les parcours individualisés des enfants ni répondu de manière pertinente aux réels potentiels de certains enfants et jeunes.</p> <p>Lors des entretiens ; il a clairement été indiqué, à la mission, que l'établissement n'envisageait pas de sortie autres que vers des structures FAM et MAS et recherche des places prioritairement dans les établissements de l'organisme gestionnaire.</p> <p>Écart 25 : Tel que mis en œuvre jusqu'à ce jour, l'accompagnement des enfants/jeunes compromet le bien-être, l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, l'autonomie maximale quotidienne et sociale des usagers, et impacte leur devenir et leur insertion à venir dans la société, ce qui contrevient à l'article D312-12 du CASF.</p>

3.2. Respect des droits des personnes

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2 Respect des droits des personnes	3.2.1. <u>Livret d'accueil et charte des personnes accueillies</u>	<p>Le livret d'accueil a été transmis à la mission. Il est remis à chaque nouvel arrivant et/ou son représentant légal.</p> <p>La mission constate que le livret d'accueil n'est pas à jour (nom du directeur par exemple).</p> <p>Remarque 19 : Le livret d'accueil mentionne des informations obsolètes.</p> <p>Il comprend en annexe des documents exigés par la réglementation (règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie), excepté une notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance.</p> <p>Écart 26 : En l'absence de notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance en annexe du livret d'accueil ou remise à part, l'établissement contrevient à l'article L311-4 du CASF.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>La charte des personnes accueillies est affichée dans la structure (volet 1,2 et 3)</p> <div data-bbox="891 245 1176 628" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1330 245 1621 635" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1767 245 2058 635" data-label="Image"> </div> <p><u>Document 13.</u> Charte des droits et liberté de la personne accueillie</p>
	<p>3.2.2. Le règlement de fonctionnement</p> <p>-</p>	<p>Un règlement de fonctionnement en date du 9/10/2023 a été transmis à la mission.</p> <p>La mission constate que le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions réglementaires suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Il ne précise pas les dispositions relatives aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur ; ce qui contrevient à l'article R.311-36 du CASF ; – Il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; ce qui contrevient à l'article R311-35 du CASF ; – Il ne précise pas les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens conformément à l'article R311-35 du CASF ; – Il ne précise aucune règle de fonctionnement de l'internat. <p>Il est affiché dans l'établissement.</p> <p>Écart 27 : Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions des articles R311-35 et R311-36 du CASF.</p>
	<p>3.2.3. Le contrat de séjour et ses annexes</p>	<p>La mission a été destinataire d'une matrice de contrat de séjour conforme à la réglementation. Néanmoins, il n'est pas à jour.</p> <p>Remarque 20 : L'établissement devrait actualiser le contrat de séjour avec des données à jour (nom du directeur...).</p>
	<p>3.2.4. La personne de confiance</p>	<p>Les usagers et les familles sont informés dès l'admission de la possibilité de désigner une personne de confiance.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Cette information est formalisée dans le règlement de fonctionnement de l'établissement mis ne figure pas au livret d'accueil comme indiqué ci-dessus.
	3.2.5. <u>Les personnes qualifiées départementales</u>	La liste départementale de personnes qualifiées est à disposition des usagers et des familles. Elle figure dans le livret d'accueil et le projet d'établissement. Elle est également affichée au 1 ^{er} étage du bâtiment principal.
	3.2.6. <u>Les projets individualisés d'accompagnements</u>	<p>La démarche est décrite dans le projet du projet d'établissement qui doit être finalisé. Une trame vierge a été remise, elle décline différentes rubriques : attente(s) exprimée(s) par la personne et/ou sa famille, besoins repérés par les professionnels et les objectifs.</p> <p>Elle n'intègre pas clairement de volet pédagogique, éducatif et thérapeutique comme l'exige la réglementation.</p> <p>Aucune procédure d'élaboration du PIA n'a été transmise par l'établissement. Aussi, la mission ne peut s'assurer des modalités mises en œuvre par l'établissement pour assurer la personnalisation de l'accompagnement de chaque enfant et adapter sa prise en charge en fonctions des besoins et de ses souhaits (l'implication des enfants et des familles dans l'élaboration du PIA, la participation de l'équipe pluriprofessionnelle, les objectifs de prise en charge, les réponses apportées par les professionnels dans l'accompagnement thérapeutique, pédagogique et éducatif).</p> <p>L'établissement a transmis deux PIA d'enfant pris en charge dans l'IME. Ceux-ci ne contiennent pas de volet pédagogique et ils ne sont pas signés.</p> <p>Au cours des entretiens menés le jour de l'inspection, il a été rapporté que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « les jeunes et leurs familles participent, à l'élaboration de leur PIA et le recueil de leur consentement dans la synthèse est systématique recherché, s'ils ont la capacité de l'exprimer. - Le PIA est revu tous les ans » <p>La mission ne peut en l'état confirmer les dires des personnes entretenues.</p> <p>Remarque 21 : En ne disposant pas d'une procédure formalisée d'élaboration et de suivi des projets personnalisés d'accompagnement, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'HAS.</p> <p>Écart 28 : En n'intégrant pas de volets pédagogique, éducatif et thérapeutique, le PIA contrevient aux dispositions des articles D312-12 et D312-19 du CASF</p>
	3.2.7. <u>Le conseil de vie sociale</u>	<p>Aucun document relatif au Conseil de la vie sociale (CVS) n'a été transmis à la mission excepté un document en date du 18 avril 2024 signé par le président du CVS et l'ancien directeur de l'IME, approuvant le compte administratif 2023 de l'établissement.</p> <p>Aucun document n'a été transmis à la mission pour lui permettre de s'assurer de la conformité réglementaire du CVS (fonctionnement, composition, comptes-rendus de réunion...), la mission considère que l'établissement ne dispose pas de CVS en sons sein.</p> <p>Écart 29 : En l'absence de CVS, la mission considère que l'établissement ne permet pas aux usagers/proches d'exprimer leurs besoins et attentes relatifs aux prestations au sein d'une instance dédiée car elle n'existe pas ; ce qui contrevient à l'article L311-6 et D311-4 et suivants du CASF.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.2.8. <u>Les enquêtes de satisfactions</u>	<p>La mission n'a pas été destinataire d'enquête de satisfaction, aussi elle considère que l'établissement ne recueille pas l'avis des usagers et des familles sur l'organisation et la qualité des prestations délivrées. La mission rappelle à l'établissement l'importance de mettre en place une enquête de satisfaction auprès des usagers et des familles afin d'améliorer le cas échéant, l'organisation et les prestations rendues en fonction de leurs attentes.</p> <p>Remarque 22 : L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction à l'attention des usagers et des familles pour recueillir leur avis sur le fonctionnement et la qualité des prestations délivrées par l'établissement.</p>
	3.2.9. <u>Les affichages</u>	<p>La mission constate que les documents devant être affichés obligatoirement dans l'établissement le sont, excepté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enquête de satisfaction (cf. supra) : règlement de fonctionnement, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Arrêté d'autorisation, - Numéro 119 (enfance en danger) <p>Écart 30 : Le numéro 119 n'est pas affiché dans l'établissement, ce qui contrevient respectivement à l'article L226-8 CASF.</p> <p>Par ailleurs, il est à noter que les affichages des documents obligatoires sont réalisés au 1^{er} étage à l'entrée du couloir où se situent 2 unités d'enfants. Aussi, la mission s'interroge sur l'intérêt d'afficher les documents à cet endroit puisque seules les professionnels et les familles ayant des enfants pris en charge dans ces unités ont accès à cette information, alors qu'elle est à destination de tous.</p> <p>Remarque 23 : L'établissement n'affiche pas les documents obligatoires dans un lieu de passage et/ou d'accueil fréquenté par l'ensemble des usagers et leurs proches.</p>

Conclusion / droits des usagers

3.3. Vie sociale et relationnelle

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.3.1. <u>Relations avec les familles</u>	<p>En décembre (fête de fin d'année) et en juin (fête de l'été), l'établissement organise des fêtes auxquelles sont conviés les enfants, les familles et les professionnels.</p> <p>Des petits déjeuners « Café gourmand » (1 fois par trimestre) sont organisés au sein de chaque unité où sont conviées les familles. Chaque groupe prévoit un temps d'échange convivial avec l'ensemble des intervenants auprès de l'enfant.</p> <p>Les familles peuvent librement solliciter par mail les professionnels de l'unité de leur enfant, la direction ou la psychologue.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		Selon les entretiens, les éducateurs sont en relation régulièrement avec les professionnels de l'ASE.
3.3. Vie sociale et relationnelle	3.3.2. <u>Vie relationnelle, affective et sexuelle</u>	<p>Au cours des entretiens menés le jour de l'inspection, il a été précisé que les parents et les enfants étaient accompagnés dans la sexualité. L'IME fait appel à une sage-femme pour s'entretenir avec les enfants et les jeunes et mettre en place au besoin, une contraception pour les jeunes filles.</p> <p>Lors des questions sur cette thématique la mission n'a pas perçu de réticences des professionnels sur cette thématique.</p> <p>La mission n'a pas été destinataire d'une procédure relative au respect de l'intimité des usagers, ni de procédure relative au respect de la vie affective des usagers, aussi elle ne peut confirmer les dires des personnes entretenues.</p> <p>Remarque 24 : L'accompagnement à la vie relationnelle, affective et sexuelle n'est pas formalisée dans l'établissement.</p>

3.4. L'hébergement, internat

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
	3.4.1. <u>Le suivi de l'hygiène corporelle</u>	La douche et le lavage de dents sont réalisés quotidiennement. L'IME propose une baignoire pour des bains détentes avec plus d'eau et de la mousse si l'usager le souhaite.
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.4.2. <u>Les changes</u>	<p>Les changes sont réalisés de manière systématique après la douche du matin, après le repas du midi, au moment du coucher et pendant la nuit.</p> <p>Des changes supplémentaires peuvent être réalisés, le cas échéant.</p> <p>Les selles sont tracées sur une feuille dans chaque unité et pour chaque enfant.</p>

3.5. L'alimentation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.1. <u>La conception des repas</u>	<p>██████ indique que les repas des enfants sont préparés par l'équipe sur place puis transférés dans les unités pour les repas .</p> <p>Les repas du week-end sont placés dans les réfrigérateurs professionnels de la grande salle du rez-de chaussée et sont réchauffés par les professionnels pour les usagers présents.</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>Les menus des repas sont variés avec, néanmoins, une grande part de féculent et peu de fromage, régulièrement remplacés par des yaourts. Selon les entretiens, les menus sont mieux respectés depuis 1 ou 2 mois.</p> <p>La commission des menus sera remise en place en 2025, ce qui étaient attendus par les professionnels.</p> <p>Différents fournisseurs livrent les denrées commandées par l'IME.</p> <p>Les allergies des enfants sont connues des professionnels et des agents de cuisine. La mission n'a pas constaté de liste dans les cuisines des unités.</p> <p>En ce qui concerne les préférences alimentaires des usagers, elles sont connues des professionnels et affichées dans les unités.</p> <p>Lorsque les enfants sont réticents devant un plat, ils sont incités à goûter les plats afin de favoriser la découverte des goûts. Cependant, si un enfant n'aime pas un plat après y avoir goûté, il n'y a pas de plat de substitution qui est proposé en contrepartie</p> <p>Remarque 25 : L'absence de plat de substitution, en cas de non-acceptation du plat du jour, peut perturber l'apport nutritionnel, surtout si cette situation est régulière.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.2. <u>Les régimes, textures</u>	<p>Les régimes et textures alimentaires modifiés sont prescrits et réadaptés par le médecin.</p> <p>Les régime et textures sont inscrits sur les emballages des assiettes préparées.</p> <p>Au jour de l'inspection, 2 usagers sont nourris par alimentation parentérale réalisée par l'IDE. Une équipe mobile hospitalière intervient sur l'IME pour réaliser des bilans concernant cette alimentation parentérale.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.3. <u>Les troubles de la déglutition, la gestion des fausses routes</u>	<p>D'après les entretiens, les tests de détection de troubles de la déglutition ne sont pas réalisés au sein de l'IME mais dans un hôpital.</p> <p>La mission n'a pas pu confirmer la traçabilité de leur réalisation (pas de médecin pour consultation des dossiers médicaux dans la mission)</p> <p>Les professionnels mangent avec les usagers pour effectuer une surveillance et une prévention des risques de fausse route.</p>
3.4. Vie quotidienne - Hébergement	3.5.4. <u>La qualité des repas, suivi de l'état nutritionnel</u>	<p>Les professionnels ont accès à une feuille de signalement en rapport avec l'alimentation (quantité, non respect des menus, menus répétitifs, ...)</p> <p>Selon les entretiens, malgré une amélioration de la qualité des repas, la quantité est régulièrement insuffisante.</p> <p>Remarque 26 : La quantité des rations alimentaires servies aux jeunes est régulièrement insuffisante</p> <p>Les usagers sont pesés mensuellement et les poids sont tracés et récupérés par l'IDE pour les intégrer au dossier de soins et évaluer les risques de dénutrition ou surnutrition éventuelles. Le médecin généraliste chargé de la coordination est sollicité en cas de variation pondérale.</p> <p>Une chaise de pesée est disponible dans le bureau médical ainsi qu'une toise pour la détermination de l'indice de masse corporelle (IMC) de chaque usager.</p> <p>En cas de dénutrition ou de refus alimentaire, des compléments alimentaires oraux peuvent être prescrits.</p>

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.5 Champ de l'éducation	3.6.1. <u>L'organisation des activités éducatives</u>	<p>L'IME proposent des espaces identifiés pour différentes activités telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une ludothèque pour lire des livres ou écouter de la musique ; – Une ferme pédagogique dans le parc de l'IME dans le cadre d'un projet éducatif pour participer à l'alimentation des animaux et à nettoyer leur habitation ; – Salle de relaxation ; – Salle snoezelen ; – Salle d'esthétique ; – Salle de cuisine thérapeutique ; – Salle d'art. <p>De grandes sorties sont organisées, une journée à Disneyland venait d'être réalisée.</p> <p>Lors des entretiens, il a été souligné par les professionnels qu'antérieurement, il était très compliqué d'obtenir un accord de la direction pour l'achat de matériel destiné à la réalisation d'activités éducatives. Depuis l'arrivée de la nouvelle direction, l'obtention du budget fait l'objet d'une demande à la direction, préalablement à l'achat et chaque unité connaît le montant annuel alloué à chaque unité, ce qui permet aux professionnels de gérer les dépenses de chaque unité.</p> <p>L'achat du matériel en magasin est en une activité car les usagers y participent, accompagnés par les professionnels.</p> <p>Une section de préparation à la vie sociale permet d'accueillir les adolescents, qui, en raison de la gravité de leur déficience motrice, ne pourraient envisager une insertion professionnelle même en milieu de travail protégé.</p>

3.7. Champ de l'éducation : la scolarisation

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
3.5 Champ de l'éducation	3.7.1. <u>L'intégration scolaire</u>	<p>L'unité d'enseignement se situe dans un bâtiment indépendant derrière le bâtiment principal.</p> <p>Appelé « l'école », les jeunes y bénéficient de locaux adaptés pour l'enseignement et de 2 professionnels pour un temps de présence de ■■■ ETP.</p> <p>La mission de l'unité d'enseignement est de permettre une éducation pédagogique des usagers de manière individuelle ou par groupe de maximum 3 selon les troubles des usagers et leurs niveaux de compétences.</p> <p>Au jour de l'inspection, 29 enfants sont déclarés comme scolarisés (concordance des entretiens)</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		<p>L'évaluation indispensable à la décision de scolarisation et à la modalité de scolarisation adaptée n'est pas formalisée dans les dossiers et aucun document ne vient expliciter les raisons d'exclusion de scolarité de certains des enfants accueillis.</p> <p>La mission rappelle que la scolarité est obligatoire en France de 3 à 16 ans (2019) et qu'une non-scolarisation en lien avec la situation individuelle d'un enfant doit être argumentée après évaluation pluridisciplinaire et formalisée dans le dossier de l'enfant. La situation devant être réévaluée régulièrement en lien avec le PAI et la situation de non-scolarisation communiquée aux parents et leur avis recueilli. La scolarité fait par ailleurs l'objet d'un suivi formalisé dans le document GEVA-Sco¹² transmis annuellement à la MDPH.</p> <p>Les 29 enfants actuellement scolarisés bénéficient d'une plage de 30 ou 45 minutes par semaine d'accompagnement pédagogique incluant les déplacement aller-retour à l'école, déshabillage-habillage, etc., diminuant de manière importante le temps réellement consacré à des activités scolaires.</p> <p>Les séances pourraient être Individuelles et/ou collectives, toutefois, seule des prises en charge individuelles sont actuellement mises en œuvre.</p> <p>L'unité d'enseignement (UE) était le parent pauvre de l'établissement jusqu'au changement de direction.</p> <p>A aucun moment, l'équipe pédagogique n'avait été sollicitée pour participer aux réunions concernant les enfants ni aux décisions de scolarisation. Aucun projet pédagogique n'avait été demandé aux enseignants de l'éducation nationale présent dans l'établissement.</p> <p>La nouvelle direction a pris la mesure de la situation et pris contact rapidement avec l'inspectrice d'académie en charge des UE. De nouveaux objectifs ont été décidés dont le mise en œuvre de séance collective pour augmenter le temps de scolarité des usagers et la mise en œuvre de négociations pour un partenariat avec l'école publique du village.</p> <p>Pour faire suite à la réunion avec l'inspectrice d'académie, la nouvelle direction a présenté à la mission les nouvelles modalités de participation de l'équipe pédagogique à la prise en charge des jeunes.</p> <p>Des réunions de travail pluridisciplinaire ont été mises en place (confirmées en entretiens) et comprennent au-moins un membre de l'équipe médicale-paramédicale, de l'équipe éducative et un enseignant.</p> <p>A partir de septembre 2025, un repas de travail avec les enseignants et les paramédicaux sera mis en œuvre toutes les 6 semaines.</p> <p>La direction a sollicité les enseignants pour la rédaction d'un projet pédagogique pour l'unité d'enseignement prenant en compte les remarques de l'inspectrice d'académie et la pluridisciplinarité professionnelle. Il est attendu pour la rentrée 2025.</p>

¹² Le **GEVA-sco** est un outil essentiel pour tous les jeunes scolarisés dès lors que leur situation de handicap nécessite une ou des mesures de compensation telles que des adaptations, aménagements pédagogiques, le matériel pédagogique adapté, etc. Renseigné par l'équipe pédagogique de l'école ou de l'établissement, le Geva-Sco constitue un outil de communication entre l'établissement scolaire de votre enfant et la **MDPH**. La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est le guichet unique d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes handicapées et leur famille. Il donne lieu ensuite à un projet personnalisé de scolarisation (**PPS**) rédigé par l'équipe de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Peu importe la forme de scolarisation ou le type de handicap de votre enfant, le GEVA-sco devient un élément central dès que vous soumettez un dossier à la MDPH. Cet outil facilite la communication entre l'établissement scolaire de votre enfant et la MDPH. Découvrez en plus en détail dans cet article. [École et handicap - Qu'est-ce que le GEVA-sco ? | Mon Parcours Handicap](#)

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
		<p>Par ailleurs la [REDACTED] souhaite un entretien avec le directeur de l'école du village (primaire, élémentaire) pour élaborer conjointement un projet de partenariat entre les 2 structures.</p> <p>Au jour de l'inspection aucun usager n'est intégré dans le milieu scolaire ordinaire.</p> <p>Écart 31 : Telle qu'elle est encore déployée au jour de l'inspection, la scolarisation dans l'unité d'enseignement de l'établissement ne répond pas à ses obligations envers les jeunes accueillis et contrevient aux articles L311-1 4°, D312-10-2 et D312-10-3 CASF.</p>

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

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations et Constats
3.8 Champ thérapeutique	3.8.1. Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	<p>Les horaires des infirmiers de jour sont compris entre 8h et 20h et ceux des infirmiers de nuit entre 20h et 8h.</p> <p>Lorsque des CDDs ou intérimaires assurent des remplacements, leurs horaires ne couvrent pas systématiquement la plage horaire de 12h.</p> <p>Le non chevauchement des horaires des infirmiers de jour et de nuit ne permet pas de temps de transmissions orale.</p> <p>L'équipe d'inspection est informée que les professionnels de nuit arrivent un peu en avance pour réaliser ce temps d'échange.</p> <p>La mission rappelle que le temps de transmission orale inter équipes entre infirmiers est une bonne pratique professionnelle qu'il est recommandé de mettre en œuvre. Les établissements ne peuvent baser la qualité de la prise en charge en soins des usagers sur le « bon vouloir » des professionnels et des habitudes individuelles et ce d'autant plus qu'ils recourent régulièrement à des remplaçants.</p> <p>Remarque 27 : Les horaires des équipes d'infirmières de jour et de nuit ne se superposent pas rendant impossible la mise en place de transmissions orales institutionnelles.</p> <p>[REDACTED] est présent 19h par semaine réparties sur 3 matinées (Lundi, mercredi et jeudi).</p> <p>En cas d'absence de l'IDE de jour, il est demandé à l'équipe de nuit de venir plus tôt le soir pour réaliser les alimentations parentérales.</p> <p>Le vivier de remplacement d'IDE peut provenir de l'intérim ou d'IDE d'autres ESMS de l'association Altérité.</p> <p>Un infirmier est présent la nuit pouvant ainsi contribuer à la continuité des soins.</p>

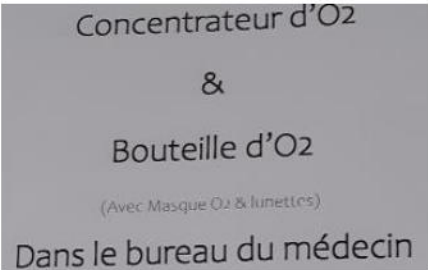
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p>3.8.2. Missions médicales</p>	<p>■■■■■ exerce des missions de coordination au sein de l'IME en lien avec le centre médico-psychologique (CMP) et les familles. En dehors de sa présence sur l'IME, il reste joignables 24h/24 si besoin. Il travaille sur 2 autres établissements dans le secteur du handicap.</p> <p>En l'absence de médecin psychiatre, de médecin de médecine physique et de réadaptation et de kinésithérapeute au sein de l'IME, ■■■■■ chargé de la coordination est en charge du suivi médical des usagers en matière de soins médicaux, de soins de réadaptation et de soins de maternage en lien avec des kinésithérapeutes libéraux, des médecins spécialistes extérieurs ou des services d'hôpitaux parisiens (Necker, Pitié Salpêtrière, Kremlin Bicêtre).</p> <p>Un deuxième temps médical était pourvu jusqu'en 2024. Aujourd'hui, l'entièreté du suivi médical repose sur le médecin généraliste, qui connaît très bien les usagers.</p> <p>La fiche de poste du ■■■■■ transmis par la direction, évoque des « rencontres régulières avec le ■■■■■ de l'équipe paramédicale pour information, mise en route et surveillance du suivi ». En l'état, cette mission n'est pas réalisée</p> <p>Écart 32 : En l'absence de <u>médecin psychiatre ou pédiatre</u> au sein de l'IME, pour assurer la coordination, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-22 du CASF.</p> <p>Le ■■■■■ chargé de la coordination est informé des synthèses de prise en charge de l'ensemble des catégories professionnelles intervenant auprès des enfants/jeunes.</p> <p>Les professionnels libéraux ne transcrivent pas leurs synthèses dans le dossier unique informatisé (DUI), ils transmettent un bilan 1 à 2 fois par an.</p> <p>Les usagers, (les tuteurs légaux) ont le choix d'un suivi par des professionnels spécialisés extérieurs à l'IME.</p> <p>Les traitements sont retranscrits dans le DUI par le médecin généraliste coordonnateur.</p>
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p>3.8.3. Le cabinet médical et l'infirmierie</p>	<p>Une infirmerie est présente au sein de l'IME, elle héberge aussi le système de sécurité incendie (SSI).</p> <p>Son accès est sécurisé par digicode. Le code n'est connu que du médecin, des IDE et de la direction en cas de nécessité (remplacement IDE, accès au SSI, ...)</p> <p>La salle d'infirmierie donne accès à une salle de pharmacie contenant la pharmacie de l'établissement (stockage) et un cabinet médical pour lequel l'infirmierie fait office de salle d'attente. Le cabinet médical est composé d'un bureau avec une ouverture sur une salle d'examen (très peu utilisée, selon les entretiens).</p> <p>Bien que l'infirmierie bénéficie d'une grande superficie, elle ne dispose d'aucune chambre pour le repos et la surveillance des enfants pris en charge en soin.</p> <p>Écart 33 : En l'absence de <u>chambres dans l'infirmierie pour les enfants/jeunes nécessitant une surveillance par les professionnels de soins</u>, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.</p> <p>Dans les classeurs dédiés aux infirmiers CDD et intérimaires, sont présents des plans de soins pour chaque type de soins (alimentation entérale, par exemple) et un plan de soins général avec les missions infirmières hebdomadaires sur une journée et une nuit.</p>

<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p>3.8.4. La prise en charge en rééducation : si orientation pour déficit intellectuel (psychomot, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste)</p>	<p>Une salle est dédiée aux activités de rééducation et de motricité partagée par les kinés et l'ergothérapeute libéraux.</p> <div data-bbox="788 225 1023 544"> </div> <div data-bbox="1122 225 1357 544"> </div> <div data-bbox="1456 225 1691 544"> </div> <div data-bbox="1787 225 2022 544"> </div> <p>Document 14. Salle dédiée aux activités motrices</p> <p>L'IME dispose de fauteuils et coques roulants pour favoriser l'autonomie dans les déplacements ainsi que des lèves-malades mobiles.</p>
<p>3.8 Champ thérapeutique</p>	<p>3.8.5. Le défibrillateur automatique externe (DAE)</p>	<p>Le DAE est situé dans l'entrée principale de l'IME, accessible par tous et protégé dans une boîte en fer sécurisée par fermeture à crochets non bloqués.</p> <p>Le DAE est en état de fonctionnement, avec 1 jeu d'électrodes adulte et 1 jeu d'électrodes enfant.</p> <p>Un test batterie est réalisé 1 fois/mois est tracé sur une feuille placée dans la boîte en fer contenant le DAE.</p> <p>La signalétique du DAE est claire et visible dans les locaux de l'IME. Néanmoins, une affiche dans le poste de soins concernant le lieu de stockage des électrodes du DAE est erronée. Ces dispositifs médicaux sont stockés dans le boîtier du DAE, et non dans le sac d'urgence.</p> <div data-bbox="701 924 1700 1059" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 34 : En présence d'informations erronées sur l'affichage du lieu de stockage des électrodes du DAE, la sécurité des usagers n'est pas garantie avec le risque d'une perte de temps dans la prise en charge d'une urgence nécessitant l'utilisation du DAE, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF¹³.</p> </div> <div data-bbox="1733 740 1995 1031"> </div> <p>Document 15. Affiche dans le poste de soins</p>

¹³ **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 ;

3.8 Champ thérapeutique	3.8.6. <u>La sacoche d'urgence</u>	<p>La sacoche d'urgence est stockée dans le local à pharmacie, lui-même dans le poste de soins sécurisé.</p> <p>Elle est accessible aux IDE, médecin, cadre de santé et directrice qui ont accès au poste de soins.</p> <p>Il n'y a pas de scellée sur la sacoche d'urgence et n'est pas vérifiée régulièrement.</p> <p>La sacoche d'urgence ne contient pas de tensiomètre ni de stéthoscope. L'IDE doit prendre le tensiomètre et le stéthoscope du poste de soins.</p> <p>Les trousse de premiers secours, utilisés lors des sorties en extérieur, sont stockées dans une armoire de la pharmacie. Elles contiennent du matériel pour pansement simple et pour le traitement d'une crise d'épilepsie.</p> <p>Écart 35 : En n'incluant pas de tensiomètre et de stéthoscope, la sacoche d'urgence ne permet pas de dispenser les meilleurs soins possibles et ne peut être considérée comme complète, ce qui ne garantit pas la qualité de prise en charge et la sécurité des usagers. Cela contrevient aux dispositions des articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.</p> <p>Écart 36 : En absence de vérification régulière et de scellé, le contenu de la sacoche d'urgence ne peut être garanti tant en matière de complétude qu'en matière de péremption des dispositifs médicaux le constituant. Cela ne permet pas de dispenser les meilleurs soins possibles et ne garantit pas la qualité de prise en charge et la sécurité des usagers, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.</p>
3.8 Champ thérapeutique	3.8.7. <u>Matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration</u>	<p>Un obus d'oxygène et un extracteur d'oxygène sont présents sur l'IME, dans la pharmacie.</p> <p>Une affiche dans le poste de soins concernant le lieu de stockage du concentrateur d'oxygène et de l'obus d'oxygène indiquant que ces dispositifs sont stockés dans le bureau du médecin est erronée.</p> <p>Écart 37 : En présence d'informations erronées concernant le lieu de stockage des dispositifs d'oxygénothérapie il n'est pas possible de dispenser les meilleurs soins possibles et ne garantir la qualité de prise en charge et la sécurité des usagers, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.</p> <div data-bbox="1594 734 2072 1037">  <p>Document 16. Affiche dans le poste de soins</p> </div> <p>Les professionnels intervenant auprès des usagers ne sont pas formés à l'utilisation du matériel d'aspiration mais ont le réflexe d'appeler l'IDE qui est présente 24h/24 en cas de besoin.</p>
3. Champ thérapeutique	3.8.8. <u>Liste préférentielle de médicament</u>	<p>Dans le classeur destiné aux infirmiers CDDs et intérimaires, est présent un document répertoriant les médicaments utilisés au sein de l'IME avec leurs indications et leurs effets indésirables.</p>

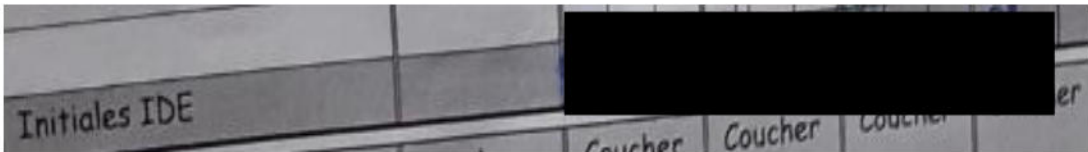
3.9. Champ thérapeutique : Le circuit du médicament

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8 Champ thérapeutique	3.9.1. Les stupéfiants	<p>Au jour de l'inspection, aucun stupéfiant n'est utilisé au sein de l'IME.</p> <p>Selon les entretiens, le coffre à stupéfiants est vide et l'IDE CDD ne connaît pas le code de déverrouillage. La mission n'a pas pu vérifier l'intérieur du coffre.</p> <p>Remarque 28 : Le coffre à stupéfiants n'est pas accessible au personnel remplaçant et n'a pas pu être vérifié par la mission d'inspection</p>
3.8 Champ thérapeutique	3.9.2. Les médicaments	<p>La mission est informée qu'il n'y a pas de procédure du circuit du médicament permettant de formaliser les modalités de commande, livraison, stockage, préparation et élimination des médicaments utilisés au sein de l'IME.</p> <p>Écart 38 : En l'absence de procédure du circuit du médicament, les pratiques en matière de commande, de livraison, de stockage, de préparation et d'élimination des médicaments utilisés au sein de l'IME ne sont pas formalisées. Cela génère un risque de rupture dans l'approvisionnement et dans la prise en charge médicamenteuse ce qui contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.</p> <p>La mission n'a pas été destinataire d'une convention avec une officine de pharmacie. Les ESMS sans pharmacie à usage interne (PUI) ont l'obligation de contractualiser avec une officine pharmaceutique.</p> <p>Écart 39 : En l'absence de convention avec une officine de pharmacie, la direction contrevient aux dispositions de l'article L5126-10¹⁴ du CSP.</p> <p>Les médicaments présents dans la pharmacie de l'IME sont les traitements au long cours des enfants/jeunes et des médicaments pour besoins urgents.</p> <p>Les piluliers sont préparés, au sein de l'IME par les infirmiers.</p> <p>Les médicaments sont stockés dans une armoire agencée avec des tiroirs au nom des usagers et d'autres aux noms de catégories de médicaments pour constituer un stock pour besoins urgents.</p> <p>Cette armoire installée dans l'infirmierie, dont l'accès est constamment sécurisé, dispose d'une serrure à clé.</p>

¹⁴ **Article L5126-10 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.

Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code. Elles sont transmises par les établissements au directeur général de l'agence régionale de santé ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et, par les pharmaciens, au conseil compétent de l'ordre. Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.

Les conventions sont conformes à une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<p>L'équipe d'inspection n'a pas constaté de médicaments présentant une date de péremption échue. Toutefois, aucune procédure d'organisation de la vérification des dates de péremption des médicaments stockés dans la pharmacie n'est disponible.</p> <p>Remarque 29 : L'absence de procédure de vérification des dates de péremption des médicaments stockés dans la pharmacie ne permet pas l'harmonisation des pratiques et ne garantit pas les propriétés physico-chimiques des médicaments administrés.</p> <p>L'enceinte réfrigérée installée dans la pharmacie ne contient que des médicaments. Le thermomètre du réfrigérateur indique une température de 3°C. La température du réfrigérateur n'est pas tracée, tout comme son entretien.</p> <p>Remarque 30 : La température et l'entretien du réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles ne sont pas tracés.</p> <p>Dans le classeur dédié aux infirmiers CDDs et intérimaires, sont présents des documents détaillant les modalités de préparation des médicaments selon les capacités d'absorption des enfants/jeunes (certains médicaments sont broyés ou ouverts et mélangés dans de la compote ou des liquides sucrés).</p> <p>La préparation (broyage, ouverture) de ces médicaments est réalisée par l'IDE dans la pharmacie, juste avant leur distribution.</p> <p>Les médicaments sont distribués par les infirmiers au sein des unités.</p> <p>Les professionnels des unités (AS, AMP, éducateurs) surveillent la prise des médicaments par les enfants/jeunes</p> <p>Et peuvent aider à la prise des médicaments. Cette pratique est inscrite sur les prescriptions : « administrable par les paramédicaux, AMP, éducateurs ».</p> <p>Selon les entretiens, les professionnels non IDE ne distribuent pas les médicaments. En cas d'absence de l'IDE, la direction solutionne ce manque par le remplacement de l'IDE.</p> <p>Les professionnels participant à l'aide à la prise des médicaments n'ont pas été formés sur les différentes modalités de prise des médicaments ni sur les surveillances post-prise. L'IDE informe les professionnels au fil de l'eau s'il y a des surveillances spécifiques à mettre en œuvre.</p> <p>La traçabilité de l'administration des médicaments, ou de son absence, est réalisée dans un classeur dédié à cet effet.</p> <p>Toutefois, le document requiert les initiales de l'infirmier comme seule identification des soignants ayant validés l'administration des médicaments. Cela ne permet pas l'identification claire des professionnels ayant réellement réalisés l'administration.</p> <div data-bbox="819 1099 1904 1251">  </div> <p>Document 17. Identification du professionnel ayant validé l'administration des médicaments</p>

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		<u>Remarque 31 :</u> L'identification des acteurs dans la traçabilité des soins, notamment l'administration des médicaments, n'est pas claire, comprenant uniquement les initiales, sans le nom complet et la fonction du professionnel concerné.

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

Sous-thème IGAS	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2. Coordination avec les autres secteurs	<p>La structure a-t-elle passé des conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des établissements de santé ? - D'autres ESMS - Des associations locales 	<p>L'IME n'a pas transmis de convention/partenariat signés avec des établissements de santé. Toutefois, les professionnels de soins n'ont pas de difficultés à réaliser le suivi des jeunes dans les hôpitaux parisiens et locaux.</p> <p>Un partenariat, interne à l'organisme gestionnaire, avec un second IME situé à une trentaine de kilomètres, permet aux enfants/jeunes de bénéficier de la balnéothérapie pour des activités de bien-être et de motricité.</p> <p>L'IME a signé une convention avec une association recyclerie située à M. permettant de donner une seconde vie aux objets reçus sous forme de dons. La convention prévoit la participation des usagers de l'IME 1 mercredi sur 2, hors vacances scolaires, de 10h à 11h30.</p> <p>L'IME permet aux usagers atteints de handicap intellectuel ou mental de pratiquer des sports adaptés au handicap tels que : piscine loisir, natation, parcours moteur, sports collectifs, randonnée sportive, tricycle + Vélo, patinoire, judo, escalade, course d'orientation, tennis de table, jeux inter-MAS, olympiades.</p> <p>Il a été transmis la liste des sports pratiqués et le nombre d'usagers inscrits par sport mais aucune convention/partenariat n'a été transmis.</p> <p>L'absence de convention ne permet pas à l'IME de vérifier les antécédents des personnes intervenants auprès des jeunes et notamment la vérification du casier judiciaire et du fichier des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (Fijais) alors que cette vérification est obligatoire dans le cadre des contrôles d'honorabilité (article R133-1 et suivants du CASF)</p> <div data-bbox="728 884 2098 954"> <p>Remarque 32 : L'établissement n'a pas conventionné systématiquement avec les partenaires extérieurs participant à l'accompagnement des jeunes accueillis.</p> </div>

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Ecart

<u>Écart 1 :</u>	L'absence de signature sur la subdélégation accordée à la cheffe de service lorsqu'elle remplace la [REDACTED], rend celle-ci caduque. L'absence de délégation des responsabilités incombant au directeur vers la cheffe de service ne permet pas d'assurer la continuité et la qualité du fonctionnement de l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-20 du CASF.	13
<u>Écart 2 :</u>	L'absence de politique associative de gestion de la qualité et de déclinaison locale au travers du plan d'amélioration continue de la qualité compromet la qualité de l'accompagnement et la sécurité des jeunes et contrevient aux articles L312-8, D311-38-3 4° et L311-3 du CASF.	16
<u>Écart 3 :</u>	Aucune démarche d'évaluation n'est formalisée dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.	16
<u>Écart 4 :</u>	En l'absence de formation relative à la maltraitance ou à la bientraitance pour les professionnels en 2024 et dans la programmation du plan de formation de 2025, la direction compromet la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des usagers et contrevient aux articles L311-8 et L311-3 du CASF.	17
<u>Écart 5 :</u>	En ne déclarant pas systématiquement à l'ARS les événements indésirables graves survenus dans l'établissement, celui-ci contrevient aux articles L331-8-1, R.331-8 du CASF.	19
<u>Écart 6 :</u>	En ne mettant pas en œuvre de procédure de retour d'expérience à la suite des dysfonctionnements et/ou d'événements indésirables et de mesures correctrices pour éviter qu'ils ne se reproduisent, la direction ne met pas en place les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge et contrevient à l'article R331-8 du CASF.	19
<u>Écart 7 :</u>	Bien que l'établissement dispose d'au-moins un IDE salarié en contrat à durée indéterminée, conformément à l'article D312-21 du CASF, l'organisation de base identifiée comme nécessaire par la direction et mise en place au regard des besoins des usagers, comprend 6,5 ETP d'IDE (4 de jour et 2,5 de nuit). Ainsi, le nombre insuffisant d'IDE compromet la qualité et la continuité des soins, de même que la santé des enfants et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.	21
<u>Écart 8 :</u>	Le manque de précisions et de fiabilité des informations concernant les effectifs sociaux-éducatifs en poste dans l'établissement ne permet pas de définir l'effectif réel, et la qualification des professionnels, ce qui compromet la sécurité et la qualité de la prise en charge socio-éducative des enfants et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	22
<u>Écart 9 :</u>	En n'apportant pas la preuve du recrutement effectif d'un médecin psychiatre, l'établissement contrevient à l'article D.312-21 du CASF relatif à la composition attendue de l'équipe médicale et paramédicale en IME.	22
<u>Écart 10 :</u>	En ne conventionnant pas avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste (ou un stomatologiste) l'établissement ne met pas en place une organisation permettant d'assurer un suivi global de l'état de santé des jeunes et contrevient à l'article D312-23 du CASF.	22
<u>Écart 11 :</u>	Le nombre de personnels en charge de l'accompagnement socio-éducatif disposant des qualifications réglementaires ne peut être déterminé, aussi la qualité et la sécurité de l'accompagnement ne peuvent être confirmées, ce qui contrevient aux articles D312-25, D312-26 et L311-3 du CASF.	23

<u>Écart 12 :</u>	En ne différenciant pas les compétences propres aux AS, AMP/AES et aux professionnels éducatifs, l'établissement met en place un glissement de tâches institutionnalisé entre ces catégories professionnelles de nature à compromettre la sécurité et la qualité des prises en charges ; ce qui contrevient aux articles D312-26 et L311-3 du CASF.	24
<u>Écart 13 :</u>	En ne prévoyant pas en 2025 de formation relative à la maltraitance ou à la bientraitance et en ne formant pas les personnels de l'établissement, a minima, aux formations obligatoires et/ou garantes de la sécurité et de la santé des usagers, l'organisme gestionnaire et la direction de l'IME compromettent la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des usagers, ce qui contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L199-1, L311-3 et R311-38 du CASF.	26
<u>Écart 14 :</u>	En l'absence d'un listing des présences quotidiennes des enfants et de document permettant de confirmer la variation du nombre d'enfants réellement présents quotidiennement par unités, la mission considère que la prise en charge ne peut être de qualité, continue et sécurisée ; ce qui contrevient aux articles L311-3 et D312-12 du CASF.	27
<u>Écart 15 :</u>	En ne formalisant pas de procédures de remplacement des personnels en cas d'absence programmée et/ou inopinée, l'établissement ne se met pas en capacité d'organiser la continuité de la prise en charge des usagers, compromet la qualité de la prise en charge et contrevient aux articles D312-12 et L311-3 du CASF.	27
<u>Écart 16 :</u>	Le non-remplacement systématique des IDE en cas d'absence compromet la continuité des soins dans les prises en charge ; ce qui contrevient aux articles L1110-1 du CSP et D312-22 et L311-3 1° et 3° du CASF.	28
<u>Écart 17 :</u>	Le non-remplacement systématique d'IDE la nuit par un IDE, et la présence d'AMP seuls entraîne un risque de glissement de tâches, par exemple lors de la distribution des médicaments de nuit et/ou d'une situation sanitaire d'urgence, ce qui constitue un risque réel et sérieux pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 1° et 3° du CASF.	28
<u>Écart 18 :</u>	Les horaires des équipes soignantes ne permettent pas la mise en œuvre de transmission inter équipes le matin ce qui compromet la continuité des soins et constitue un risque réel et sérieux pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 1° et 3° du CASF.	28
<u>Écart 19 :</u>	En l'absence de projet pédagogique et de l'ensemble des dispositifs afférents, dont le volet pédagogique du projet individuel des enfants/jeunes et le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation, pour répondre aux besoins de l'ensemble des enfants/jeunes de l'IME, l'organisme gestionnaire et l'établissement ne peuvent garantir le bien-être psychique, l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles ni l'acquisition de l'autonomie maximale quotidienne et sociale des usagers, ce qui contrevient aux articles D312-10-1,3,5,6,7,10,14 et 16,D312-12 4°a et D312-15 du CASF.	29
<u>Écart 20 :</u>	Tels qu'ils sont organisés, les dossiers administratifs des enfants/jeunes ne contiennent pas l'ensemble des pièces attendues et contiennent en revanche des données couvertes par le secret médical, ce qui contrevient aux articles D312-37 du CASF et L1110-4 du CSP.	30
<u>Écart 21 :</u>	La mission ne peut confirmer que la commission communale de sécurité (2025) contre les risques d'incendie et de panique, ayant visitée l'IME, a donné un avis favorable sans réserve. Cela ne permet pas de garantir la sécurité des usagers et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	33
<u>Écart 22 :</u>	Les cuisines des unités de vie ne respectent pas les normes HACCP, notamment l'entretien de l'électro-ménager ce qui présente un risque non négligeable de toxi-infection alimentaire collective et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	34
<u>Écart 23 :</u>	Le parc présente des risques par manque de sécurisation d'éléments extérieurs inappropriés comme une benne et des meubles relégués, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	34

<u>Écart 24 :</u>	Tel qu'il est actuellement rédigé le plan bleu n'est pas opérationnel et contrevient aux articles L.311-3, L311-8, D312-160 et R311-38-1 du CASF et R3131-4 CSP.	38
<u>Écart 25 :</u>	Tel que mis en œuvre jusqu'à ce jour, l'accompagnement des enfants/jeunes compromet le bien-être, l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, l'autonomie maximale quotidienne et sociale des usagers, et impacte leur devenir et leur insertion à venir dans la société, ce qui contrevient à l'article D312-12 du CASF.	40
<u>Écart 26 :</u>	En l'absence de notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance en annexe du livret d'accueil ou remise à part, l'établissement contrevient à l'article L311-4 du CASF.	40
<u>Écart 27 :</u>	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions des articles R311-35 et R311-36 du CASF.	41
<u>Écart 28 :</u>	En n'intégrant pas de volets pédagogique, éducatif et thérapeutique, le PIA contrevient aux dispositions des articles D312-12 et D312-19 du CASF	42
<u>Écart 29 :</u>	En l'absence de CVS, la mission considère que l'établissement ne permet pas aux usagers/proches d'exprimer leurs besoins et attentes relatifs aux prestations au sein d'une instance dédiée car elle n'existe pas ; ce qui contrevient à l'article L311-6 et D311-4 et suivants du CASF.	42
<u>Écart 30 :</u>	Le numéro 119 n'est pas affiché dans l'établissement, ce qui contrevient respectivement à l'article L226-8 CASF.	43
<u>Écart 31 :</u>	Telle qu'elle est encore déployée au jour de l'inspection, la scolarisation dans l'unité d'enseignement de l'établissement ne répond pas à ses obligations envers les jeunes accueillis et contrevient aux articles L311-1 4°, D312-10-2 et D312-10-3 CASF.	48
<u>Écart 32 :</u>	En l'absence de médecin psychiatre ou pédiatre au sein de l'IME, pour assurer la coordination, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-22 du CASF.	49
<u>Écart 33 :</u>	En l'absence de chambres dans l'infirmerie pour les enfants/jeunes nécessitant une surveillance par les professionnels de soins, la direction contrevient aux dispositions de l'article D312-33 du CASF.	49
<u>Écart 34 :</u>	En présence d'informations erronées sur l'affichage du lieu de stockage des électrodes du DAE, la sécurité des usagers n'est pas garantie avec le risque d'une perte de temps dans la prise en charge d'une urgence nécessitant l'utilisation du DAE, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	50
<u>Écart 35 :</u>	En n'incluant pas de tensiomètre et de stéthoscope, la sacoche d'urgence ne permet pas de dispenser les meilleurs soins possibles et ne peut être considérée comme complète, ce qui ne garantit pas la qualité de prise en charge et la sécurité des usagers. Cela contrevient aux dispositions des articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.	51
<u>Écart 36 :</u>	En absence de vérification régulière et de scellé, le contenu de la sacoche d'urgence ne peut être garanti tant en matière de complétude qu'en matière de péremption des dispositifs médicaux le constituant. Cela ne permet pas de dispenser les meilleurs soins possibles et ne garantit pas la qualité de prise en charge et la sécurité des usagers, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.	51
<u>Écart 37 :</u>	En présence d'informations erronées concernant le lieu de stockage des dispositifs d'oxygénothérapie il n'est pas possible de dispenser les meilleurs soins possibles et ne garantir la qualité de prise en charge et la sécurité des usagers, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.	51

<u>Écart 38 :</u>	En l'absence de procédure du circuit du médicament, les pratiques en matière de commande, de livraison, de stockage, de préparation et d'élimination des médicaments utilisés au sein de l'IME ne sont pas formalisés. Cela génère un risque de rupture dans l'approvisionnement et dans la prise en charge médicamenteuse ce qui contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.	52
<u>Écart 39 :</u>	En l'absence de convention avec une officine de pharmacie, la direction contrevient aux dispositions de l'article L5126-10 du CSP.	52

5.2. Remarques

<u>Remarque 1 :</u>	Les données déclarées par l'établissement lors de la collecte des données du tableau de bord de l'ANAP des 2 dernières campagnes, notamment concernant la PUI, sont erronées.	10
<u>Remarque 2 :</u>	L'organigramme ne présente ni les noms des professionnels ni les liens hiérarchiques et fonctionnels corrects.	13
<u>Remarque 3 :</u>	Le diplôme de CAFERUIS de la [REDACTED] n'a pas été transmis ce qui contrevient à l'article D312-20 du CASF.	13
<u>Remarque 4 :</u>	Il n'existe pas de procédure écrite concernant les cas de recours à l'astreinte administrative.	14
<u>Remarque 5 :</u>	Il n'existe pas de procédure écrite concernant les cas de recours à l'astreinte soins.	15
<u>Remarque 6 :</u>	La fiche de poste de la cheffe de service n'est pas signée et ne reprend pas toutes les missions et tâches qui lui sont confiées.	15
<u>Remarque 7 :</u>	L'établissement n'a pas mis en œuvre de groupe d'analyse des pratiques professionnelles.	17
<u>Remarque 8 :</u>	L'établissement n'a pas informé la mission de l'organisation d'une session de formation au logiciel permettant de déclarer des dysfonctionnements et des événements indésirables, qui doit être prochainement déployé dans l'établissement.	18
<u>Remarque 9 :</u>	Les documents relatifs au signalement et à la gestion des dysfonctionnements et événements indésirables ne sont ni signés ni datés.	18
<u>Remarque 10 :</u>	L'établissement ne dispose pas de fiches de postes nominatives et co-signées présentant à chacun ses missions.	24
<u>Remarque 11 :</u>	La globalisation des transmissions concernant l'ensemble des usagers dans un documents unique, d'autant plus au format papier est une source de perte d'information lors de la rédaction des synthèses dans le champ thérapeutique et éducatif.	31
<u>Remarque 12 :</u>	La circulation dans l'établissement n'est pas facile en raison de la configuration des locaux et des aménagements mis en place pour relier les différents niveaux des sols dans les bâtiments.	32
<u>Remarque 13 :</u>	L'hygiène des locaux n'est pas satisfaisante.	34
<u>Remarque 14 :</u>	L'établissement n'a pas installé de salle d'apaisement pour la gestion des troubles graves du comportement.	34
<u>Remarque 15 :</u>	Les chambres ne sont pas personnalisées ni investies par les enfants.	35
<u>Remarque 16 :</u>	Les salles de bains ne sont ni opérationnelles ni sécurisées.	36

<u>Remarque 17 :</u>	L'établissement n'a pas protégé les prises électriques des chambres des enfants ni sécurisé les accès aux terrasses.	37
<u>Remarque 18 :</u>	L'IME n'a pas formalisé de procédure d'admission.	39
<u>Remarque 19 :</u>	Le livret d'accueil mentionne des informations obsolètes.	40
<u>Remarque 20 :</u>	L'établissement devrait actualiser le contrat de séjour avec des données à jour (nom du directeur...).	41
<u>Remarque 21 :</u>	En ne disposant pas d'une procédure formalisée d'élaboration et de suivi des projets personnalisés d'accompagnement, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'HAS.	42
<u>Remarque 22 :</u>	L'établissement ne réalise pas d'enquête de satisfaction à l'attention des usagers et des familles pour recueillir leur avis sur le fonctionnement et la qualité des prestations délivrées par l'établissement.	43
<u>Remarque 23 :</u>	L'établissement n'affiche pas les documents obligatoires dans un lieu de passage et/ou d'accueil fréquenté par l'ensemble des usagers et leurs proches.	43
<u>Remarque 24 :</u>	L'accompagnement à la vie relationnelle, affective et sexuelle n'est pas formalisée dans l'établissement.	44
<u>Remarque 25 :</u>	L'absence de plat de substitution, en cas de non-acceptation du plat du jour, peut perturber l'apport nutritionnel, surtout si cette situation est régulière.	45
<u>Remarque 26 :</u>	La quantité des rations alimentaires servies aux jeunes est régulièrement insuffisante	45
<u>Remarque 27 :</u>	Les horaires des équipes d'infirmières de jour et de nuit ne se superposent pas rendant impossible la mise en place de transmissions orales institutionnelles.	48
<u>Remarque 28 :</u>	Le coffre à stupéfiants n'est pas accessible au personnel remplaçant et n'a pas pu être vérifié par la mission d'inspection	52
<u>Remarque 29 :</u>	L'absence de procédure de vérification des dates de péremption des médicament stockés dans la pharmacie ne permet pas l'harmonisation des pratiques et ne garantit pas les propriétés physico-chimiques des médicaments administrés.	53
<u>Remarque 30 :</u>	La température et l'entretien du réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles ne sont pas tracés.	53
<u>Remarque 31 :</u>	L'identification des acteurs dans la traçabilité des soins, notamment l'administration des médicaments, n'est pas claire, comprenant uniquement les initiales, sans le nom complet et la fonction du professionnel concerné.	54
<u>Remarque 32 :</u>	L'établissement n'a pas conventionné systématiquement avec les partenaires extérieurs participant à l'acompanement des jeunes accueillis.	55

6. Conclusion

L'inspection de l'institut médico-éducatif (IME) Le Buisson, géré par l'association Altérité, situé à Champcueil (91750) a été réalisée le 13 février 2025 sur place à partir des réponses apportées et des documents transmis ex-post par l'établissement.

Au terme de l'inspection réalisée dans cet établissement, de nombreux écarts à la réglementation et remarques aux bonnes pratiques professionnelles ont été identifiés. Ceux-ci concernent à la fois l'organisation institutionnelle, la gestion des ressources humaines et médicales, ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des enfants/jeunes.

L'absence de démarches structurées pour l'amélioration continue de la qualité, de formation sur la prévention de la maltraitance, d'effectifs adaptés et d'outils pour garantir la continuité des soins place l'établissement dans une situation de fragilité significative.

Il existe également des défaillances dans le respect du cadre légal et réglementaire touchant à la sécurité, au respect des droits et à la qualité de vie des personnes accueillies.

Ces manquements compromettent la capacité de l'établissement à garantir, de manière pérenne, la protection, le bien-être et la sécurité des enfants/jeunes.

L'établissement fait donc face à de nombreux enjeux et est confronté à des fragilités notables. La nouvelle arrivée récemment et le gestionnaire sont d'ores et déjà engagés dans une dynamique d'amélioration mais celle-ci demeure à formaliser et à stabiliser. L'établissement devra faire l'objet d'un suivi rapproché des autorités de contrôle et de tarification pour en évaluer les effets réels sur la qualité et la sécurité des prises en charge des enfants/jeunes.

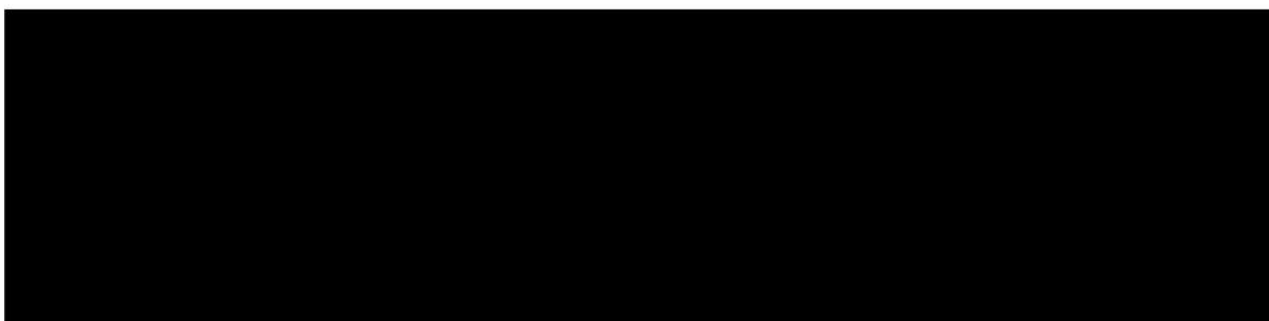
Par ailleurs, un équilibre doit être recherché entre l'implantation de changements structurels dans l'établissement et le maintien d'un environnement de travail soutenable pour les équipes.

Enfin, selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatifs à la prévention de la maltraitance, l'établissement présente un risque de maltraitance selon plusieurs aspects :

- Risque d'atteinte à la santé et à la sécurité des usagers du fait du manque d'effectifs qualifiés, du glissement de tâches, des carences dans la gestion des urgences et du manque de formation du personnel à la bientraitance/maltraitance.
- Risque de maltraitance institutionnelle en raison de l'absence de projets personnalisés, de l'insuffisance des outils de médiation (ex : absence de CVS), d'absence de procédures de signalement ou de retour d'expérience et de carence dans l'évaluation régulière des pratiques.
- Altération potentielle des droits et de la qualité de vie des usagers au regard de la non-conformité des dossiers administratifs, du non-respect des obligations d'information (personne de confiance, règlement de fonctionnement...).
- Absence d'une politique institutionnelle claire de prévention de la maltraitance par défaut de programmation de formations, la non-déclaration systématique des événements indésirables et l'absence de démarches qualité sont en totale inadéquation avec les attendus de la HAS.

Les dysfonctionnements constatés exposent l'établissement à un risque effectif de maltraitance, tant par négligence que par défaut de culture de la bientraitance et nécessitent que le gestionnaire et la direction de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration afin de diminuer ce niveau d'exposition au sein de l'IME et garantir de manière pérenne la sécurité, la continuité et la qualité de l'accompagnement des enfants/jeunes.

Saint Denis, le 20/08/2025



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

CoViD : Corona Virus Disease

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

DAE : Défibrillateur automatisé externe

DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EI/EIGG : Evénement indésirable/événements indésirable grave

ETP : Equivalent temps plein

HACCP: « Hazard Analysis Critical Control Point »

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique

IEM : Institut d'éducation motrice

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

IME : Institut médico-éducatif

PAI : Projet d'accompagnement individualisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins

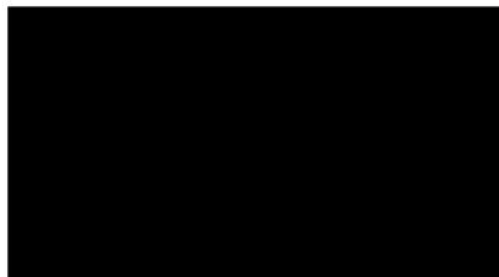
PE : Projet d'établissement
PEC : Prise en charge
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PH : Personne porteuse d'un handicap
PMR : Personnes à mobilité réduite
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
RDF/RF : Règlement de fonctionnement
RH : Ressources humaines
SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle
SF2H : Société française d'hygiène hospitalière
SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé



Affaire suivie par Nathalie LECOEUR
Courriel : nathalie.lecoeur@ars.sante.fr
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : 01.44.02.02.51

Saint-Denis, le 20 janvier 2025

Références : 2025_IDF_00009

Objet : Lettre de mission d'inspection – IME Le BUISSON, Champcueil (N°FINESS 910805365)

Mesdames,

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

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

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

L'EMS IME le Buisson situé à Champcueil (N°FINESS 910805365) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

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

1. La gouvernance de l'établissement et la gestion des ressources humaines ;
2. La prise en charge globale des enfants/jeunes (éducatif, soins, organisation de la scolarité) ;
3. Le respect des droits des usagers et la lutte contre la maltraitance ;
4. La sécurité et les événements indésirables.

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

La mission débutera à compter du 13 février 2025 à 9 heures et sera assurée par :

-
-
-



L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

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

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

À 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'inspecteur.

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 CASP, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

p.o.

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

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

Denis ROBIN
Sophie MARTINON

¹ Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP).

² Article L.1435-7 CSP

³ Art. L.1421-2 du CSP

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

Annexe 2 Liste des documents demandés à l'établissement

1. Gouvernance et pilotage	
	L'organisme gestionnaire
Q01-T01-1	Statuts de l'association gestionnaire de l'établissement (OG)
Q01-T01-2	Les CR du conseil d'administration de l'Organisme Gestionnaire (OG) N-1 / N
Q01-T01-3	Le projet associatif
Q01-T01-4	L'arrêté de frais de siège
Q01-T01-5	La liste des fonctions prise en charge par le siège
Q01-T01-6	Le détail financier du calcul des frais de siège pour l'année en cours
	L'établissement
Q01-T02-1	Le PV de visite de conformité
Q01-T02-2	Le PV de conformité d'accessibilité PMR
Q01-T02-3	Liste des jeunes pris en charge au jour de la visite et leurs lieux d'hébergement
Q01-T02-4	Nombre de jeunes sous aménagement creton et les dossiers creton de chacun
Q01-T02-5	Liste des demandes d'admission N-1 avec la date, le nom de l'enfant concerné par la demande et l'issue de la demande (admission ou refus) et la liste d'attentes d'admission
Q01-T02-6	Liste d'attentes d'admission
Q01-T02-7	Le projet d'établissement (dont éducatif, soins + circuit médicament, pédagogique, bientraitance...) et Le CR de la réunion de présentation du PE en CVS
Q01-T02-8	Rapports d'activité-RAA (données N-2, N-1)
	Management et stratégie
Q01-T03-1	Organigramme fonctionnel et hiérarchique
Q01-T03-2	Comptes rendus de réunion de direction, d'encadrement, de service et des groupes de travail année N-1 et calendrier N
Q01-T03-3	Procédure de mise en œuvre des astreintes administratives, médico-soignantes, éducatives et techniques
Q01-T03-4	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction, médico-soignantes, éducatives et techniques des 12 derniers mois et légende des codes utilisés
	Pour le directeur
Q01-T04-1	Contrat de travail
Q01-T04-2	Document unique de délégation
Q01-T04-3	Documents de subdélégation de chaque personnel en bénéficiant
Q01-T04-4	Fiche de poste ou feuille de route
Q01-T04-5	Diplômes
Q01-T04-6	3 derniers bulletins de salaires
	Pour chaque médecin salarié
Q01-T05-1	Contrat de travail
Q01-T05-2	Feuille ou lettre de missions
Q01-T05-3	Diplômes
Q01-T05-4	Inscription à l'ordre des médecins

Q01-T05-5	Inscription au RPPS
Q01-T05-6	3 derniers bulletins de salaires
	Pour chaque chef de service éducatif / soins
Q01-T06-1	Contrat de travail
Q01-T06-2	Fiche de poste ou feuille de route
Q01-T06-3	Diplômes
Q01-T06-4	3 derniers bulletins de salaires
2. Ressources humaines	
	Effectifs
Q02-T01-1	Registre unique du personnel (RUP) avec les rubriques suivantes conformes au droit du travail (noms et prénoms ; nationalité ; date de naissance ; le sexe ; emploi ; qualification ; dates d'entrée et de sortie de l'établissement)
Q02-T01-2	Etat des ETP budgétés et en poste au jour de la visite et la liste de tous les postes vacants ce jour et à venir déjà connus
Q02-T01-3	Taux d'absentéisme des personnels des 3 dernières années
Q02-T01-4	Taux de roulement 2020, 2021 & 2022 des personnels
Q02-T01-5	Nombre de CDD des 3 dernières années
Q02-T01-6	Liste des intervenants BRIGAD, HUBLO et/ou autres applications de remplacement pour N-1
Q02-T01-7	Liste des intérimaires intervenus au cours pour N-1
Q02-T01-8	Convention avec les agences d'intérim
Q02-T01-9	Liste de l'équipe pédagogique et nom du référent pédagogique
Q02-T01-10	Liste des stagiaires & Planning M-1, M et M+1
	Coordination des équipes
Q02-T02-1	Calendriers d'ouverture et fermeture de l'accueil en externat pour l'année en cours
Q02-T02-2	Procédure d'organisation des présences des personnels : effectifs attendus chaque jour pour chaque catégorie de professionnel et leurs horaires et lieu d'affectation
Q02-T02-3	Planning mensuel de tous les personnels jour M-1; M; M+1 et légende des codes utilisés
Q02-T02-4	Procédure d'affectation des personnels socio-éducatifs aux groupes d'enfants (catégories professionnelles, fréquence de changements)
Q02-T02-5	Procédure de remplacement des absences programmées
Q02-T02-6	Procédure de remplacement des absences quotidiennes inopinées
Q02-T02-7	Procédure d'attribution des heures supplémentaires
Q02-T02-8	Procédure d'attribution et de validation des congés annuels (calendrier, priorités)
Q02-T02-9	Fiche de poste de chaque catégorie de professionnel (administratifs, services généraux, moniteur éducateur, éducateur spécialisé, animateur, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute ...)
Q02-T02-10	Procédure(s) et livret(s) d'accueil des nouveaux professionnels salariés et des intervenants extérieurs
Q02-T02-11	Tableau des professionnels paramédicaux libéraux intervenants auprès des enfants
Q02-T02-12	Convention des professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement
Q02-T02-13	Tableau des personnels associatifs intervenants dans l'établissement
Q02-T02-14	Convention des associations intervenant dans l'établissement
Q02-T02-15	La Politique de GPEC

Q02-T02-16	Plan de formation réalisé N-2; N-1 (formations continues, diplômantes dont VAE) et listes d'émargement
Q02-T02-17	Plan de formation N (formations continues, diplômantes dont VAE)
Q02-T02-18	Politique de QVT et nom du référent TMS-RPS de l'établissement
Q02-T02-19	Comptes rendus des CSE année N-1 et N
Q02-T02-20	Comptes rendus des réunions entre le directeur et le représentant local du CSE (ou des OS)
3. Qualité et risques	
	Evaluation
Q03-T01-1	Rapports de synthèse de la dernière évaluation interne
Q03-T01-2	Rapports de synthèse de la dernière évaluation externe
	Plan qualité
Q03-T02-1	Fiche de mission du référent Qualité, incluant son nom et les modalités de nomination/ désignation
Q03-T02-2	Le plan amélioration continue de la qualité (PACQ)
	Processus interne et externe de remontées des événements indésirables
Q03-T03-1	Protocole de signalement à la CRIP
Q03-T03-2	Protocole de signalement EI
Q03-T03-3	Fiche de signalement des EI (FEI)
Q03-T03-4	Protocole de gestion des EI
Q03-T03-5	Protocole de déclaration à l'ARS des EI identifiés comme graves
Q03-T03-6	Protocole de signalement au procureur de la république
Q03-T03-7	Charte de protection des salariés déclarant un EI
Q03-T03-8	Liste récapitulative des événements indésirables et réclamations recensées en N-1 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS
Q03-T03-9	Bilan des EI de N-2 et N-1
Q03-T03-10	CR des CVS où le bilan des EI a été présenté en N-2 et N-1
	Lutte contre la maltraitance
Q03-T04-1	Politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance & Charte de la bientraitance
Q03-T04-2	Supports et documents de communication relatifs à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance dans l'établissement
Q03-T04-3	Liste des Formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance N-2 et N-1
Q03-T04-4	Attestations de suivi de stage des personnels concernés ou listes d'émargement N-2 et N-1
	Prévention des risques
Q03-T05-1	Le DARI
Q03-T05-2	Plan Bleu et plan de continuité et de reprise de l'activité de l'établissement
Q03-T05-3	Dernier PV de la DDPP (contrôle cuisine)
Q03-T05-4	Dernier PV commission sécurité INCENDIE
Q03-T05-5	Protocole RGPD et niveau de maturité
4. Accompagnement et prise en charge	
	Protocoles et procédures existants au sein de la structure relatifs :
Q04-T01-1	à l'admission dans l'établissement y compris les critères de refus

Q04-T01-2	aux relations avec la MDPH
Q04-T01-3	aux relations avec les familles
Q04-T01-4	à l'évaluation pédagogique + grille et calendrier de réalisation et de réévaluation 2023
Q04-T01-5	aux changements de groupes y compris les critères de décision
Q04-T01-6	au suivi des situations complexes
Q04-T01-7	aux troubles du comportement + à risque
Q04-T01-8	aux comportements à risque
Q04-T01-9	à une exclusion temporaire /permanente
Q04-T01-10	à la préparation et à la sortie de l'établissement
	Projets individualisé
Q04-T02-1	Procédure d'élaboration du Projet individualisé (pédagogique, éducatif et thérapeutique) et du projet personnalisé de scolarisation (PPS) + modèles de chaque type de projet
Q04-T02-2	Planning d'actualisation des projets individuels des usagers (Calendrier de création et de mise à jour des projets d'accompagnement personnalisés PAP pour les présents et date de présentation aux représentants légaux)
Q04-T02-3	Liste de enfants scolarisés et sous quelle modalité ou en formation professionnelle pour N-2; N-1 et N
Q04-T02-4	Liste des lieux de stages pour la préparation à la sortie du jeune et listes des stages effectués en N-2 et N-1
	Animations/activités
Q04-T03-1	Menus des 3 derniers mois
Q04-T03-2	CR des commissions de restauration N-1 et N
Q04-T03-3	Plannings individuels et collectifs des animations / activités N-2; N-1 et N
Q04-T03-4	Conventions avec partenaires culturels et sportifs
	Soins
Q04-T04-1	Comptes rendus des réunions de coordination médicales N-2; N-1 et N
Q04-T04-2	Comptes rendus des trois dernières réunions des services de soins (Pluridisciplinaires, trans, ...)
Q04-T04-3	Organisation de la continuité médicale : protocole en cas d'absence de l'IDE et/ou du médecin
Q04-T04-4	Protocole soins si besoin
Q04-T04-5	Protocole soins d'urgence et contenu de la trousse /armoire d'urgence
Q04-T04-6	Modèle fiche de liaison d'urgence
Q04-T04-7	Protocoles relatifs aux soins de nursing
Q04-T04-8	Protocoles relatifs au circuit du médicament
	Socio-éducative
Q04-T05-1	Listes et calendrier des réunions du service éducatif N-1 et N
Q04-T05-2	Comptes rendus des réunions du service éducatif des 12 derniers mois
Q04-T05-3	Protocoles des sorties
Q04-T05-4	Protocoles relatifs à l'utilisation de la Zone de d'apaisement
	Conventions
Q04-T06-1	Conventions et/ contrats de partenariats avec l'éducation nationale
Q04-T06-2	Conventions et/ contrats de partenariats avec des sociétés de transport

Q04-T06-3	Convention avec un EDS pour la prise en charge urgente
Q04-T06-4	Conventions avec autres établissements médico-sociaux
Q04-T06-5	Convention établie entre l'établissement et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant
Q04-T06-6	Autres conventions
5. Droits des personnes	
	Droits fondamentaux
Q05-T01-1	Règlement de fonctionnement et livret d'accueil
Q05-T01-2	Dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles et analyse du résultat
Q05-T01-3	Modèles de contrats de séjour et de ses annexes, recueil des habitudes de vie, projet personnalisé et de sa réévaluation, cahier de liaison avec la famille éventuelle (dernières pages)
Q05-T01-4	Documents de recueil des doléances/ réclamations des jeunes et de leurs proches avec leurs traitements depuis N-2
	CVS et/ou autres moyens de participation
Q05-T02-1	Liste des membres du CVS et PV de la dernière élection
Q05-T02-2	Règlement intérieur du CVS
Q05-T02-3	Comptes rendus des réunions N-1 et N du CVS
Q05-T02-4	Calendrier prévisionnel des réunions CVS année N

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

- La directrice
- Le directeur régional
- La cheffe de service
- Le médecin généraliste
- IDEs
- Professionnels éducatifs
- AES-AMP
- La psychologue
- Des enfants/jeunes
- Enseignants éducation nationale



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr