

Direction de l'inspection régionale autonomie santé

<h2>Centre hospitalier spécialisé Fondation Vallée</h2> <p>Sites du 7 rue Bensarade 94250 GENTILLY N° FINESS 940000607</p>	
<u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2025-13710 Déplacement sur site les lundi 17 et mardi 18 novembre 2025	
Mission conduite par :	
<ul style="list-style-type: none">• [redacted] médecin [redacted] [redacted] Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IdF), direction de l'inspection régionale autonomie et santé (DIRAS) ;• [redacted] ARS IdF, DIRAS ;• [redacted] ARS IdF, DIRAS et coordonnateur de la mission.	
Accompagnée de :	
<ul style="list-style-type: none">• [redacted], pédopsychiatre, [redacted] en qualité de personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.	
<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none">- Articles L. 1421-1 et suivants du Code de la santé publique- Article L.1431-2, 2°-e) du Code de la santé publique- Article L.1435-7 du Code de la santé publique- Articles L. 6323-1 et suivants du Code de la santé publique- Articles D.6323-1 et suivants du Code de la santé publique- Arrêté du 27 février 2018, modifié, relatif aux centres de santé- Instructions n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 et DGOS/PF3/2023/124 du 28 juillet 2023 relatives aux centres de santé

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 code des relations entre le public et l'administration :

- Ce rapport définitif sera communicable aux tiers à l'issue de sa réception par l'inspecté ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L. 311-5, 2^o/f du code des relations entre le public et l'administration 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 code des relations entre le public et l'administration 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 en matière commerciale et industrielle ;*
- *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 code des relations entre le public et l'administration 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 disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection et 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.

SOMMAIRE

1.	Synthèse	6
1.1.	<i>Un recours régulier aux pratiques d'isolement</i>	6
1.2.	<i>Un pilotage insuffisant et une institutionnalisation inexistante</i>	6
1.3.	<i>Une banalisation des pratiques</i>	7
1.4.	<i>Des dysfonctionnements structurels</i>	7
1.4.1.	Les dysfonctionnements cliniques	7
1.4.2.	Les dysfonctionnements organisationnels	8
1.5.	<i>Des conditions d'hospitalisation portant atteinte aux droits des enfants et de leur famille</i>	9
2.	Introduction	10
2.1.	<i>Éléments déclencheurs</i>	10
2.2.	<i>Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection</i>	11
3.	Présentation de l'établissement	12
4.	Gouvernance	13
4.1.	<i>Groupement et fusion</i>	13
4.2.	<i>Projet d'établissement</i>	14
4.3.	<i>Projet de management et de gouvernance</i>	14
4.4.	<i>Gouvernance médicale</i>	15
4.5.	<i>Conseil de surveillance</i>	16
4.6.	<i>Directoire</i>	16
4.7.	<i>Direction</i>	18
4.8.	<i>CODIR</i>	20
4.9.	<i>Organigrammes</i>	21
4.10.	<i>Encadrement</i>	24
4.11.	<i>Climat social</i>	25
5.	Qualité et la gestion des risques	27
5.1.	<i>Politique qualité</i>	27
5.2.	<i>Plan qualité</i>	27
5.3.	<i>Événements indésirables</i>	29
6.	Droits des patients	31
6.1.	<i>Commission des usagers</i>	31
6.2.	<i>Communication et participation des familles</i>	31
7.	Ressources humaines	34
7.1.	<i>Effectifs</i>	34
7.2.	<i>Recrutement des psychologues</i>	37
7.3.	<i>Formation aux bonnes pratiques d'apaisement</i>	37
8.	Organisation de l'hospitalisation complète des enfants et adolescents	40

8.1.	<i>Structuration des unités d'hospitalisation</i>	40
8.2.	<i>Ouverture des unités et occupation des lits</i>	42
8.3.	<i>Admissions</i>	42
8.4.	<i>Durées de séjour</i>	44
8.5.	<i>Hébergement</i>	44
8.6.	<i>Réunions</i>	47
9.	Pratiques d'isolement et de contention et la gestion de la violence	49
9.1.	<i>Champ, méthodologie et sources</i>	49
9.1.1.	Périmètre de l'analyse	49
9.1.2.	Sources exploitées et limites	49
9.2.	<i>Cadre juridique et référentiels applicables</i>	49
9.3.	<i>Gouvernance et pilotage de la thématique de l'ICA</i>	50
9.3.1.	Instances et organisation du pilotage	50
9.3.2.	Documents de cadrage	50
9.3.3.	Axes de travail définis en 2021 (rappel des décisions initiales)	50
9.3.4.	Décisions et chronologie interne (2021–2025)	51
9.4.	<i>Organisation des pratiques et environnement matériel</i>	51
9.4.1.	Procédures internes applicables	51
9.4.2.	Environnement matériel	52
9.5.	<i>Données, traçabilité et dispositifs de contrôle des isolements</i>	52
9.5.1.	Production et diffusion des indicateurs	52
9.5.2.	Fiabilité et exhaustivité	53
9.5.3.	Audits et rapports	53
9.6.	<i>Résultats descriptifs relatifs aux isolements</i>	54
9.6.1.	Volumes et répartition par unité	54
9.6.2.	Temporalités et durées	55
9.6.3.	Traçabilité des horaires	56
9.6.4.	Conformité procédurale (prescriptions/confirmations/débriefings)	56
9.7.	<i>Éléments relatifs aux contentions</i>	57
9.8.	<i>Prévention de la violence et développement des compétences</i>	58
9.8.1.	Pratiques	58
9.8.2.	Formations à la gestion des « comportements défaits »	59
9.8.3.	Outils individualisés	59
9.8.4.	Disponibilité des alternatives matérielles (salles d'apaisement)	60
9.9.	<i>Culture professionnelle, communication et éthique</i>	60
9.9.1.	Discours internes et externes relatifs à l'isolement et à la contention	60
9.9.2.	Représentations collectives et dépendance au recours aux espaces de repos sécurisés (ERS)	60
9.9.3.	Espaces de réflexion éthique et « démarche bientraitance »	61
10.	Qualité et la sécurité des prises en charge	63
10.1.	<i>Organisation</i>	63
10.1.1.	Projet médical de la Fondation Vallée	63
10.1.2.	Réunions médicales au niveau de l'établissement	63
10.1.3.	Projets des unités de soins	63
10.1.4.	Pilotage des unités	68
10.2.	<i>Pertinence et contenu des soins</i>	73
10.2.1.	Caractéristiques des séjours et profils des patients	73
10.2.2.	Prise en charge par groupes de pathologies	75
10.2.3.	Projets de soins individualisés (PSI) des patients	78
10.2.4.	Travail avec les familles	79
10.2.5.	Scolarisation, planning des activités et continuité	80
10.2.6.	Traçabilité du suivi médical	80

10.2.7.	Traçabilité des professionnels non médicaux	81
10.2.8.	Orientation des jeunes patients	81
11.	Récapitulatif des écarts et remarques	83
11.1.	<i>Écarts relevés par la mission d'inspection</i>	83
11.2.	<i>Remarques relevées par la mission d'inspection</i>	85
12.	Conclusion	90
13.	Récapitulatif des sigles et acronymes utilisés dans le rapport	92
14.	Annexes	93
14.1.	<i>Annexe 1 : Lettre de mission des agents de l'ARS IDF</i>	93
14.2.	<i>Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'inspection</i>	95
14.3.	<i>Annexe 3 : Liste des documents demandés</i>	96
14.4.	<i>Annexe 4 : Courrier du DG ARS du 7 octobre 2025</i>	101
14.5.	<i>Annexe 5 : Données d'isolement du 01/01 au 18/11/2025 (extrait du fichier transmis et fichier résultant, après analyse - anonymisé)</i>	103
14.6.	<i>Annexe 6 : Démarche d'autoévaluation par les unités des situations de maltraitance : document de maltraitance modifié avec éléments masqués révélés</i>	105
14.7.	<i>Annexe 7 : Décompte des formations réalisées unité par unité</i>	107
14.8.	<i>Annexe 8 : Rapport de l'experte pédopsychiatre</i>	112
14.9.	<i>Annexe 9 : Remarques de l'établissement au rapport et réponses aux remarques</i>	130

1. Synthèse

Les constats de la mission ayant fondé la décision de suspension en urgence¹ sont corroborés, étayés et confirmés par le présent rapport.

1.1. Un recours régulier aux pratiques d'isolement

Les constats de la mission attestent du recours régulier à des pratiques d'isolement :

- 71 mises à l'isolement enregistrées dans les outils numériques entre le 1^{er} janvier et le 18 novembre 2025, concernant 14 enfants ;
- une durée moyenne observée de 71 minutes, plus longue dans les unités accueillant les plus jeunes, sur 61% des enregistrements exploitables ;
- 30 à 40% des enfants isolés dans trois unités sur quatre ;
- plusieurs fiches d'événements indésirables de 2024 et 2025 mentionnent explicitement le recours à la contention mécanique et la présence de dispositifs de contention mécanique dans un poste de soins.

Le nombre d'isolements est sous-estimé et leur durée ne peut que partiellement être analysée. Quant à la procédure interne, elle n'est manifestement pas respectée sur plusieurs points :

- des isolements de nuit ne sont pas tracés (ex. : cas d'un adolescent enfermé chaque nuit, attesté par la serrure n'ouvrant pas de l'intérieur et confirmé par plusieurs déclarations de professionnels) ;
- 39% des mises à l'isolement sont sans durée calculable, faute de saisie des données ;
- de nombreux isolements sont décidés par l'équipe soignante sans prescription médicale initiale, y compris durant les horaires de jour² : 41% seulement sont initiés par un médecin ;
- la prescription médicale dans l'heure, prévue par la procédure interne pour les isolements initiés par l'équipe soignante, est très inégalement effective : 71% à Dolto, 10% à Winnicott et 0% à l'UETA.

Les quatre « espaces repos sécurisés » (= salles d'isolement) ne respectent pas toutes les exigences environnementales attendues : dispositif d'appel absent, pas d'accès aux sanitaires, ni à des repères temporels.

L'insuffisante fiabilité des données disponibles et l'absence de démarche d'audit des pratiques ne permettent ni un suivi effectif de ces pratiques, ni leur régulation, ni l'analyse indispensable à l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

1.2. Un pilotage insuffisant et une institutionnalisation inexistante

Si les professionnels du CHS de la Fondation Vallée ont connaissance de longue date de l'illégalité des pratiques d'isolement et de contention, comme l'atteste le compte rendu de la réunion du groupe de travail « Isolement et Contention » du 18 mai 2021, affirmant que « *l'isolement et la contention [...] ne sont pas des situations à connaître en pédopsychiatrie* », l'encadrement médico-soignant a pourtant continué de privilégier le maintien d'isolements « encadrés » plutôt que leur suppression.

Dans un contexte institutionnel marqué par la fusion au 1^{er} janvier 2025 entre le GH Paul Guiraud- et le CHS de la Fondation Vallée, fusion qui a tendu le climat social, distendu le lien

¹ Par courrier du DG ARS du 19 février 2026, avec prise d'effet à compter du 27 février 2026 à vingt heures.

² La décision de mise en isolement par l'équipe soignante est prévue de manière exceptionnelle durant les horaires d'astreinte (soir et week-end)

entre la direction et le terrain et modifié certains périmètres hiérarchiques (notamment le rattachement du personnel socio-éducatif de la Fondation Vallée à la direction médico-sociale), la cessation des pratiques d'isolement et d'enfermement n'a pas fait l'objet d'un pilotage actif avant la réception du courrier du 7 octobre du Directeur général de l'ARS Île-de-France. Ces enjeux n'avaient été ni institutionnalisés (dans le projet d'établissement ou le projet médical), ni portés en instances ou en comité de direction (CODIR), ni intégrés aux travaux du CODIR, traduisant l'absence de mobilisation de la gouvernance sur un sujet pourtant critique au regard des obligations réglementaires, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ainsi que des risques associés.

Le suivi des actions relatives aux pratiques d'isolement inscrites dans le plan de qualité et sécurité des soins révèle l'insuffisance de leur pilotage :

- les actions relatives à l'isolement et à la contention y forment un bloc hétérogène ;
- plusieurs demeurent inachevées ou sans pilote ;
- la transformation des espaces d'isolement en espaces d'apaisement, une action pourtant prioritaire depuis 2021, n'était pas achevée au 31 octobre 2025 et certaines unités (dont les unités Bourneville et Winnicott) ne disposent toujours pas de salle d'apaisement.

1.3. Une banalisation des pratiques

Le recours à l'isolement et à la contention est usuel et banalisé. Cette banalisation se manifeste, notamment, par un déploiement insuffisant des actions de formation censées soutenir les bonnes pratiques d'apaisement. La diffusion des pratiques et compétences de désescalade des crises et l'appropriation des outils individualisés de leur prévention demeurent incomplètes, au regard des besoins des unités enfants / adolescents du site de Gentilly (UEAG) et des attendus du programme de la Haute Autorité de santé (HAS) « Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement » (septembre 2016).

Ainsi, les formations sur cette thématique annoncées en 2023, 2024 et 2025 n'ont pas été suivies par tout le personnel. [REDACTED] de ces unités n'a pu attester de sa participation à l'une des formations.

Au-delà des lacunes formelles, la mission observe une culture professionnelle marquée par la banalisation des mesures restrictives :

- des discours minimisant la durée et la portée des isolements ;
- un recours systématique à un vocabulaire « d'apaisement » euphémisant ;
- une dépendance organisationnelle au maintien des « espaces de repos sécurisés » ;
- et un évitement récurrent, dans les espaces de réflexion, des thématiques « isolement » et « contention ».

1.4. Des dysfonctionnements structurels

Le recours aux pratiques d'isolement s'inscrit dans un contexte plus vaste de dysfonctionnements cliniques et organisationnels, qui sont un frein majeur à la fin de ces pratiques.

1.4.1. Les dysfonctionnements cliniques

La pertinence des soins n'est pas mesurée, faute d'outils ou d'indicateurs dédiés.

Au sein de plusieurs dossiers médicaux des jeunes patients, la mission a constaté que des évaluations, des bilans ou des suivis auraient pu être réalisés en ambulatoire.

L'analyse de ces dossiers révèle qu'ils sont d'une tenue hétérogène, avec une traçabilité très inconstante des interventions des professionnels non médicaux et insuffisante des ateliers psychomoteurs et des entretiens psychothérapeutiques.

Les admissions ne reposent pas sur des critères objectivés et l'absence de pilotage clinique des orientations (pas de responsable identifié, absence d'échéances, absence de relances) conduit à des prolongations non justifiées d'hospitalisation, contraires aux exigences de continuité et d'adéquation aux besoins.

Les projets de soins personnalisés sont établis trop tardivement (parfois deux mois après l'admission) ou non formalisés : la mission constate que la moitié des jeunes ne disposent pas d'un projet de soins personnalisé.

Plusieurs pratiques cliniques s'écartant des RBPP ont été constatées par [REDACTÉ] pédopsychiatre de la mission, et ce pour différents types de profils cliniques hospitalisés, comme :

- pour des patients souffrant de troubles du spectre autistique (TSA), le recours non gradué à l'hospitalisation, des diagnostics hétérogènes, une faiblesse du travail avec les familles ;
- pour des patients présentant des troubles psychiatriques précoces, des interventions psychosociales peu tracées, la dominance d'ateliers occupationnels, une médication peu argumentée ;
- pour des patients ayant une dysrégulation émotionnelle et des troubles du comportement, une hospitalisation de semaine prolongée, un contenu peu structuré et de faibles objectifs individualisés ;
- pour des patients hospitalisés en phase de stabilisation sans critères cliniques justifiant l'intrahospitalier plutôt qu'un relais ambulatoire et une insuffisante priorisation du milieu le moins restrictif.

1.4.2. Les dysfonctionnements organisationnels

Le pilotage des unités est fragilisé par :

- les vacances des postes de psychiatres responsables et l'arrivée encore récente de plusieurs cadres de santé, tant à l'échelle des unités que des services et des pôles ;
- les projets de soins des unités peu opérationnels et incohérents. Ils ne justifient pas le recours à l'hospitalisation complète, présentent des indications trop larges et n'intègrent ni les risques liés aux hospitalisations prolongées, ni l'organisation graduée des parcours. Ces projets ne traduisent pas une spécialisation clinique réelle ;
- le poids déterminant du collège des psychologues dans des décisions structurantes et l'ambiguïté que crée, à la tête des unités, le « trio d'unité fonctionnelle » (psychologue, psychiatre et cadre) ;
- la traçabilité des réunions d'équipe déficiente, qui limite la continuité des décisions. Ces éléments limitent la capacité à coordonner, superviser, ajuster et réguler les pratiques.

Les unités d'hospitalisation ont un fonctionnement se rapprochant fortement du médicosocial, proche d'un institut médicoéducatif (IME) avec :

- une ouverture en semaine seulement, des retours en famille les weekends, jours fériés et pendant une partie des vacances scolaires avec des risques de rupture de parcours notamment lors de la fermeture estivale d'un mois. Des sorties définitives à ces

occasions sont constatées et paraissent davantage répondre à des considérations organisationnelles que cliniques ;

- des durées de présence de près de deux ans pour certains jeunes, et, de manière générale, longues.

1.5. Des conditions d'hospitalisation portant atteinte aux droits des enfants et de leur famille

La mission a constaté que les conditions dans lesquelles sont hospitalisés les enfants portent atteinte à leurs droits et à la participation de leur famille :

- leur droit à la dignité et à la sécurité, que les défauts et l'insuffisante qualité de l'hébergement restreignent, alors que ces jeunes ont des séjours longs ;
- leur droit à la scolarisation, vu la planification hétérogène de leurs cours, leurs objectifs non évalués et les coupures calendaires non compensées ;
- leur droit au maintien des liens avec leur famille, avec une difficulté des parents à participer à l'hospitalisation, des restrictions de visite et d'appels téléphoniques sans cadre, ni prescription médicale et leurs réalisations dans des conditions telles (deux appels par semaine de quelques minutes en présence d'un professionnel qui intervient durant l'appel) que la dignité, le respect de la vie privée de l'enfant, de ses parents et proches ne sont pas respectés. En somme, des pratiques et interventions non conformes aux RBPP en matière de participation et guidance parentale.

2. Introduction

2.1. Éléments déclencheurs

Le Centre hospitalier Fondation Vallée (FV) rencontre depuis plusieurs années des difficultés structurelles :

- la Haute Autorité de Santé l'a certifié sous réserves en 2013, avec obligations d'amélioration en 2016, de niveau B en 2017 et enfin ne l'a pas certifié le 19 novembre 2025. L'établissement ayant, prioritairement d'ici la contre-visite sous deux ans, à « *respecter la dignité et l'intimité des patients dans tous les services des 3 sites, à limiter le recours à des mesures de restriction de liberté dans tous les services des 3 sites et élaborer un projet de soins dans tous les services intrahospitaliers* » ;
- la Chambre régionale des comptes d'Île-de-France, dans son rapport d'observation de 2022, lui adressait deux recommandations de régularité³ et cinq recommandations de performance⁴ ;
- l'Agence régionale d'Île-de-France (ARS IdF) a réalisé :
 - un audit sur l'attractivité et la fidélisation du personnel médical en 2021 ;
 - une mission d'accompagnement en 2022, [REDACTED], afin d'accompagner le nouveau projet médical. Cette mission a conclu à deux enjeux : le premier enjeu était de formaliser et compléter le schéma d'organisation territoriale pour les situations d'urgence et de crise⁵ et le second enjeu de « *Repositionner l'offre de prise en charge et accompagnement pour les enfants et adolescents avec TND en tenant compte des évolutions de l'environnement* » que déclinaient cinq actions⁶.

C'est dans ce contexte déjà sensible que le Directeur général de l'ARS Île-de-France (DG ARS), alerté par des informations concordantes faisant état de pratiques d'enfermement au sein des unités d'hospitalisation complète pour enfants et adolescents, a mis en demeure l'établissement, par courrier du 7 octobre 2025 (cf. annexe 14.4), de faire cesser immédiatement ces pratiques. Il a diligenté en urgence une inspection inopinée les 17 et 18 novembre 2025 avec la participation [REDACTED], sur le fondement des articles L.6116-1 et L.6116-2 du code de la santé publique (CSP), afin de vérifier notamment:

- la cessation effective de toute pratique d'isolement non conforme, et, en particulier, l'absence de verrouillage de chambre en hospitalisation libre, *a fortiori* chez les mineurs ;
- les modalités d'isolement et de contention, leurs conditions de recours, de surveillance et de traçabilité ;
- la conformité des organisations et des pratiques de soins aux exigences réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;

³ n°1 : établir un nouveau projet d'établissement et n°2 : organiser le fonctionnement et la présidence de la commission médicale

⁴ n°1 : Procéder à une affectation plus homogène des moyens au regard des territoires couverts sur la base de l'analyse de la productivité et des délais de rendez-vous dans les centres médico-psychologiques (CMP) ; n°2 : Modifier l'organisation du temps de travail sur la base de plages horaires mieux adaptées ; n°3 : Limiter à 20 minutes les pauses incluses dans le temps de travail et les réserver aux emplois le nécessitant ; n°4 : Supprimer la récupération de 30 heures par an ; n°5 : Inclure le samedi matin dans les demi-journées d'activité normale des personnels médicaux

⁵ Décliné en deux actions : n°1 : assurer sur l'ensemble du territoire la mission d'accueil, d'évaluation et d'orientation et n°2 : développer les différentes modalités de prise en charge sur le territoire pour proposer une réponse adaptée à la diversité des situations

⁶ action n°1 : conforter l'organisation de l'évaluation et du diagnostic, action n°2 : développer une offre de prise en charge intensive très précoce ; action n°3 : travailler les modalités de sortie des unités de pédopsychiatrie et d'admission en ESMS, en construisant des solutions individualisées pour soutenir les ESMS dans l'accueil des enfants sortant ; action n°4 : définir les conditions et les modalités d'une évolution des séjours hospitaliers : moins longs et davantage consacrés à une prise en charge intensive, ces séjours pour TND devront être bien définis dans leurs indications et leur aire géographique (au-delà du secteur) et action n°5 : Agir pour la santé des enfants confiés à l'ASE

- les conditions d'autorisation et de fonctionnement de l'établissement, dont le respect des exigences d'activité ;
- la qualité et la sécurité des soins, les accompagnements et prises en charge des jeunes patient.

2.2. Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection

L'inspection s'est déroulée de manière inopinée le 17 et 18 novembre 2025, dès avant même l'ouverture au public, les premiers membres de la mission étant arrivés sur les lieux à 6 heures du matin.

La mission a ciblé les unités d'hospitalisation complète des enfants et adolescents à Gentilly.

L'équipe d'inspection pluridisciplinaire était constituée de⁷ :

- [redacted] médecin [redacted]
[redacted] Direction de l'Inspection régionale autonomie-santé (DIRAS) ;
- [redacted] DIRAS ;
- [redacted] DIRAS, coordonnateur de la mission.

La mission était accompagnée de [redacted] pédopsychiatre [redacted] personne qualifiée, conformément à l'article L. 1421-1 du CSP.

Les soins prévus n'ont pas été interrompus.

La mission a réalisé des entretiens individuels et collectifs, sur place et à distance après l'inspection, à sa demande comme à la demande des professionnels qui ont souhaité être entendus.

La mission d'inspection a visité les locaux et procédé à l'examen de certains documents sur pièces et sur place.

La liste des documents demandés a été remise le jour de l'inspection à la direction de la FV, qui a transmis ceux-ci au terme du délai imparti de sept jours. Tous les documents complémentaires demandés ont été diligemment transmis.

La mission a tenu compte du plan en douze actions pour la promotion des bonnes pratiques d'apaisement, apporté en réponse au courrier du 7 octobre 2025 du DG ARS par le courrier du 7 novembre 2025, ainsi que des actualisations.

La mission a donc concentré son analyse sur les pratiques d'enfermement, d'isolement et de contention au sein des quatre unités d'hospitalisation complète pour les enfants (Dolto, Winnicott) et les adolescents (Bourneville et l'UETA) du site de Gentilly, dénommées « UEAG » au sein du rapport.

⁷ Cf. Lettre de mission des agents de l'IRAS en **annexe 1**.

3. Présentation de l'établissement

Le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Fondation Vallée (FV) est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile implanté à Gentilly dans le département du Val-de-Marne. IL fait partie du groupe hospitalier Fondation Vallée – Paul Guiraud, lui-même intégré au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Psy Sud Paris ».

Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, il propose trois modes de prise en charge : l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour et l'ambulatoire.

Le CHS FV est autorisé pour 84 lits d'hospitalisation complète avec :

- sur le site de Rungis, la Maison des 13-17 : dix lits ;
- sur le site de Gentilly, ou rattachés à ce site, soixante-six lits :
 - six lits du service d'accueil familial thérapeutique (AFT)
 - soixante lits d'hospitalisation dont quarante fonctionnels au jour de l'inspection : dix lits pour les enfants de quatre à douze ans dits « petits » (unité Dolto), dix lits pour les enfants de six à douze ans (l'unité Winnicott), dix lits pour les adolescents de 12 à 17 ans (unité Bourneville) et l'unité d'évaluation et de traitement (UETA) de dix lits pour les adolescents de douze à dix-huit ans ;
- sur le site du Kremlin-Bicêtre (KB), huit lits d'urgence (de « l'Unité Liaison en Psychiatrie Infanto-Juvenile » (ULPIJ)).

Les lits d'hospitalisation de jour⁸ et les activités de consultation⁹ (CMP, plateforme) sont répartis sur l'ensemble du département du Val-de-Marne (secteur « I-06 »).

En plus de l'activité sectorisée, il a une activité départementale extra-sectorielle avec la participation aux urgences psychiatriques pédiatriques du Kremlin-Bicêtre (ULPIJ) et la Maison des 13-17 et a une activité interdépartementale d'expertise sur les troubles du neurodéveloppement (TND).

⁸ UETA de jour (1 lit), l'Hôpital de jour (HdJ) « Astronef » de 24 lits, le Centre Roger Mises de 26 lits, l'HdJ « La Parenthèse » 8 lits, l'unité transitionnelle pour adolescent (UTPA) de jour 6 lits, l'unité de jour à temps partiel (UJTP) Pétronille de 8 lits, l'unité de soins intensifs ambulatoires (USIA) de 6 lits

⁹ Quatre centres médico-psychologiques (CMP) (Gentilly, Le Kremlin-Bicêtre, Chevilly-Larue, Villejuif), un Centre adolescents et parents (CAP) à Villejuif, un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un centre thérapeutique du tout-petit

4. Gouvernance

4.1. Groupement et fusion

La fusion du Groupe hospitalier (GH) Paul Guiraud (PG) et du CHS Fondation Vallée (FV), effective depuis le 1^{er} janvier 2025, constitue l'aboutissement d'un processus d'intégration engagé depuis plus de dix ans. Cette trajectoire progressive a été jalonnée par les étapes suivantes :

- 2012 : la création du groupement de coopération sanitaire (GCS) « COOPSIF » a regroupé le GH Paul Guiraud, le CHS Fondation Vallée, l'établissement public spécialisé Érasme d'Antony ainsi que plusieurs structures privées et associatives, afin de mutualiser des capacités d'investissement et d'assurer de manière autonome certaines fonctions transversales, notamment l'informatique, la logistique et la santé au travail ;
- 2016 : la constitution du GHT Psy Sud Paris autour d'un projet médical partagé en psychiatrie et pédopsychiatrie réunissant le GH PG, le CHS FV et l'EPS Érasme ;
- 2018 : la mise en place d'une direction commune entre le GH PG et le CHS FV avec une direction générale unique et la mutualisation des fonctions support ;
- 2025 : la fusion-absorption depuis le 1er janvier 2025 parachève cette dynamique et institue le Groupe hospitalier Fondation Vallée – Paul Guiraud, intégrant également l'EPS Érasme.

La fusion a suscité des résistances et tensions internes, particulièrement au sein du CHS Fondation Vallée, conduisant à des négociations et à la formulation de garanties explicites. Celles-ci ont été présentées et actées lors du Conseil de surveillance du 30 avril 2024 (cf. 4.5), portant, notamment :

- le maintien d'un fonctionnement adapté au rythme scolaire (hospitalisation de semaine, fermetures pendant les vacances scolaires) ;
- la préservation du caractère pluridisciplinaire des équipes ;
- la continuité du triptyque « soins - pédagogie – éducation » ;
- le renforcement du travail avec les familles (temps dédiés, implication dans les projets de soins) ;
- le maintien d'une logique de proximité, incluant la présence sur site des services de soins et d'interlocuteurs dédiés pour les fonctions supports.

Ces oppositions se sont cristallisées autour de l'alignement des règles de gestion des ressources humaines entre les deux établissements.

Il a été également décidé la création d'une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT) dédiée aux services de pédopsychiatrie, émanation du comité social et économique (CSE) et installée lors de sa séance du 29 avril 2025.

En matière de formalisation et d'évaluation, pour accompagner cette fusion, il était prévu trois éléments qui ressortent de l'examen des instances et du CODIR :

- une analyse d'impact : lors de la séance du 18 juin 2024 du CSE, les représentants du personnel ont motivé leur avis défavorable en soulignant l'absence d'une analyse d'impact préalable, pourtant demandée de longue date. Cette demande a été réitérée lors du Directoire du 16 juillet 2024, au cours duquel il est acté que « la demande des organisations syndicales du CH concernant l'expertise sur les impacts RH de la fusion a été prise en compte » et qu'un cahier des charges sera rédigé afin de permettre un accompagnement » ;
- un document cadre relatif à l'évolution de la gouvernance annoncé lors du CODIR du 18 août 2025 dans le cadre de la « Préparation de la direction commune des

établissements du GHT », ce document devait expliciter les évolutions de gouvernance post fusion et tenir compte des orientations encore attendues de l'ARS concernant l'approfondissement du pilotage commun entre la Fondation Vallée et Paul Guiraud. À ce stade, ce document restait à produire ;

- un bilan à un an : lors du CS du 16 mai 2025, un représentant du personnel a insisté sur la nécessité d'une évaluation à un an, invoquant le besoin de « transparence » et les « craintes » exprimées par les agents quant à la place de la Fondation Vallée dans le groupe, au non-remplacement de postes clés ou encore à un éventuel retour aux 39 heures. La présidence s'est alors déclarée favorable à la réalisation d'un tel bilan. Cependant, au 19 décembre 2025, lors du dernier CS de l'année, ce bilan est à nouveau demandé, l'établissement confirmant qu'il n'a pas été réalisé, comme rappelé au CODIR du 22 décembre 2025 malgré « une nouvelle sollicitation de Mme T ».

Remarque 1 : En n'ayant pas mené à son terme les dispositifs de formalisation initialement prévus pour accompagner la fusion (en particulier l'analyse d'impact, le document cadre relatif à l'évolution de la gouvernance et le bilan à un an), la direction n'a pas pleinement tenu compte de la recommandation de la Chambre régionale des comptes d'Ile de France, qui invitait expressément l'établissement « à renforcer la formalisation de la fusion » afin d'en sécuriser le pilotage et d'en optimiser les gains d'efficience.

4.2. Projet d'établissement

Le projet d'établissement 2025–2028 reprend, de manière cohérente, les huit axes du projet médical et les inscrit dans une architecture stratégique plus large (10 axes institutionnels) qui tient compte des orientations régionales.

Aucune des trente priorités des dix axes n'est dédiée à la promotion des bonnes pratiques d'apaisement et la cessation, en pédopsychiatrie, des pratiques d'enfermement, d'isolement et de contention.

Aucune des trente priorités n'est dédiée non plus à la réorganisation des unités d'hospitalisation de l'enfant et de l'adolescent, malgré les transformations, regroupements déjà engagée et ceux prévus en 2025 à l'adoption du projet d'établissement (comme l'ouverture d'une unité post-urgence).

Le projet d'établissement, signé en 2025, n'intègre pas d'axe, ni de priorités, pour la promotion des bonnes pratiques d'apaisement, ni pour les évolutions des unités d'hospitalisation pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, alors qu'elles sont prévues dès 2025 et qu'elles figurent dans le dossier de demande d'autorisation déposé en décembre 2025.

4.3. Projet de management et de gouvernance

Un projet de management et de gouvernance partagé a été élaboré avec le groupe hospitalier Paul Guiraud en 2024 pour 5 ans.

Les trois priorités (gouvernance associant les parties prenantes, management participatif, prévention et qualité) du plan sont déclinées en 10 objectifs avec 20 actions.

Lors du CSE du 21 mars 2024, le projet de management et de gouvernance n'a pas obtenu l'aval des représentants du personnel.

Écart 1 : Il n'a pas été élaboré ni conclu de nouvelle charte de gouvernance entre [REDACTED] ce qui contrevient au III. de l'article L.6143-7-3 du CSP¹⁰

Remarque 3 : Les actions de la feuille de route sont nombreuses mais l'évaluation de la capacité à les porter toutes n'y figure pas, alors que les ressources médicales effectivement disponibles sont en tension.

4.5. Conseil de surveillance

Il ressort de l'analyse des procès-verbaux (PV) du Conseil de surveillance (CS) transmis à la mission pour les années 2024 et 2025 que

- la composition du CS, renouvelée à la suite de la fusion (séance d'installation du 16 mai 2025) est réglementaire, les PV décrivant bien les catégories de membres (collectivités territoriales / personnel médical et non médical / personnalités qualifiées / représentants des usagers) ;
- le CS délibère sur les domaines prévus par l'article L6143-1 du CSP comme les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel (PGFP) en 2024 et 2025, le projet d'établissement, adopté à l'unanimité le 30 mai 2024, le patrimoine et les opérations immobilières comme la délibération pour la vente d'un pavillon le 16 octobre 2024 ou encore l'avenant au règlement intérieur de la CME et de la CSIRMT issues de la fusion, adopté à l'unanimité le 16 octobre 2024. Il n'a jamais délibéré sur le recours à l'isolement au sein des unités d'hospitalisation de la FV.

Remarque 4 : Le conseil de surveillance n'a pas mis à l'ordre du jour, en 2024 et 2025, le recours à l'isolement au sein des unités d'hospitalisation de enfants et adolescents.

4.6. Directoire

La mission relève, à la lecture des procès-verbaux des Directoires de 2024 et 2025, que l'instance a bien été réunie et concertée pour permettre au directeur de décider des sujets relevant de l'article L. 6143-7 du CSP.

Parmi les points effectivement concertés, la mission note les suivants :

- le 12 mars 2024 : examen des vacances de postes d'encadrement à la FV et exploration de plusieurs pistes de réorganisation (réduction du périmètre, regroupement de compétences, regroupement des cinq hôpitaux de jour) ;
- le 23 avril 2024 : alertes sur la fragilisation des unités de la FV (départs, congés, arrêts) et invitation à revoir l'organisation et les modalités de prise en charge ;

¹⁰ L6143-7-3 III. du CSP « -Une charte de gouvernance conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement, après avis du conseil de surveillance, prévoit notamment :

1° Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;

2° Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles ;

3° Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions. »

- le 28 mai 2024 : nécessité exprimée par [REDACTED] de faire évoluer l'offre de soins pour optimiser les temps médicaux, compte tenu des difficultés actuelles et anticipées ;
- le 25 juin 2024 : discussion de scénarios de réorganisation pour les unités Enfants (gel ou regroupement de lits) et Adolescents (fermeture ou maintien temporaire de l'unité Haag avant réévaluation) ;
- le 16 juillet 2024 : présentation du schéma de regroupement Dolto–Winnicott (14 lits répartis en deux unités de 7), envisagé comme temporaire ; mention d'une hausse des violences à Haag et d'un renforcement des formations, notamment OMEGA/ ;CPI ;
- le 24 septembre 2024 : point sur la fusion PG-FV prévue au 1er janvier 2025 et état des réorganisations d'unités (Dolto–Winnicott regroupées, Haag–Klein en cours d'arbitrage) ;
- le 3 décembre 2024 : persistance des tensions d'effectifs dans le service Enfants malgré la réduction de lits ; inquiétudes liées à l'ouverture prochaine de l'UETA dans les locaux de l'ex-unité Klein.

En 2025, un Directoire unique, fusionnant celui de PG et celui de la FV, est installé avec une composition ajustée : des six représentants médicaux, deux sont issus de la Fondation Vallée. Les procès-verbaux évoquent :

- le 7 février 2025 : un point, notamment, sur « l'évolution des effectifs et des capacités en lits » pour les deux établissements avec des constats généraux sans mention de la situation spécifique de la pédopsychiatrie comme l'ouverture prévue de l'UETA au 1er janvier 2025 et un point sur la visite qui venait d'avoir lieu du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGPL) à l'UHSA de PG qui soulevait de nombreuses préoccupations (caractère minimaliste des chambres, manque d'accès à l'air, faible autonomie (lumière), jeûne nocturne trop long, besoin d'espaces d'apaisement, hublots à fermer, horloge visible, bouton d'appel en chambre d'isolement, et demande d'analyse des pratiques unité par unité) ;
- le 14 mars 2025 : certification, affaires médicales (sans point de situation des unités de pédopsychiatrie) et projet d'établissement ;
- le 11 avril 2025 : certification de nouveau discutée (« une visite de certification ne se subit pas mais se prépare ») ;
- le 6 juin 2025 : certification, affaires médicales, information sur les chambres d'isolement thérapeutique et un point est fait sur la configuration des unités d'hospitalisation complète de la FV et le projet de l'unité post-urgence ;
- le 12 septembre 2025 : les appels à projets ;
- le 10 octobre 2025 : démarche qualité et surtout concertation sur le courrier reçu du DG ARS du 7 octobre en plus des étonnements des visiteurs de la HAS quant à certaines pratiques en pédopsychiatrie avec discussion autour des actions concrètes engagées pour faire cesser ces pratiques (changement de serrures, plan d'action transmis le 7 novembre) ;
- le 7 novembre 2025 : le plan d'action pour la promotion des pratiques d'apaisement est à l'ordre du jour ;
- le 5 décembre 2025 : la décision de non-certification par la HAS est discutée, ainsi que l'inspection ARS, réalisée dans « un contexte compliqué du point de vue des effectifs médicaux » avec « beaucoup de changements dans l'encadrement paramédical ».

La mission constate donc, en relevant ces points concertés, que :

- concernant l'organisation interne de la FV, c'est-à-dire de l'évolution des unités pour trouver des solutions aux difficultés d'effectifs et particulièrement d'IDE, de psychiatre et d'encadrement :

- en 2024, les réorganisations sont discutées à chaque séance mais selon une logique exploratoire, sans cadrage opérationnel. Les pistes évoluent au fil des réunions, sans consolidation ni hiérarchisation, empêchant l'émergence d'un projet structuré. L'expression relevée lors de la séance du 16 juillet 2024 (« réorganisation temporaire, se projeter sur un nouveau projet ») illustre cette absence de trajectoire : aucune temporalité, aucun projet cible, aucune étape intermédiaire n'est formalisée ;
- en 2025, alors que le Directoire de la FV suivait ces sujets à chaque séance en 2024, le Directoire fusionné (PG–FV) ne présente qu'un état des lieux le 6 juin, sans évaluer les évolutions en cours. Les séances ultérieures de 2025 n'abordent plus les transformations significatives, pourtant inscrites dans la demande d'autorisation déposée le 23 décembre 2025.
- concernant les pratiques d'isolement et de contention au sein des services de la FV, leur caractère problématique est identifié depuis 2021 au moins où il a conduit à un groupe de travail « Isolement et Contention » dès 2021 et sa réunion du 18 mai 2021 (cf. 9.3)¹¹. Il donne toutefois lieu à des actions concrètes après la réception du courrier du DG ARS à partir de la séance du 7 octobre 2025.

Écart 2 : L'organisation stabilisée et proposée dans le cadre de la demande de renouvellement d'autorisation déposée à l'ARS en décembre 2025 n'a pas été concertée en Directoire ce qui n'est pas conforme à l'article L. 6143-7 du CSP

Écart 3 : Bien que les pratiques d'isolement et de contention constituaient un événement perturbant l'organisation des soins au sens de l'article L. 6143-7 du CSP, le Directoire ne s'est pas concerté dessus en 2024 et 2025 avant le courrier de l'ARS en octobre 2025.

4.7. Direction

Le rapprochement des deux directions est intervenu en 2018 avec une direction commune ainsi constituée :

- un directeur général ;
- un adjoint au directeur général, secrétaire général du GHT et directeur délégué du Val-de-Marne ;
- une directrice déléguée des Hauts-de-Seine, Coordinatrice du projet d'établissement ;
- un directeur des affaires financières et du patrimoine ;
- un directeur des ressources humaines ;
- une coordinatrice générale des soins ;
- une directrice des instituts de formation ;
- une directrice des affaires médicales et de la communication ;
- une directrice des usagers et des affaires juridiques ;
- une directrice des affaires médico-sociales ;
- une directrice des achats, de la logistique et du développement durable du GHT ;
- un directeur des systèmes d'information du GHT ;
- un directeur de la qualité et de la gestion des risques du GHT.

Les décisions de délégation de signature signées par le DG pour chaque directeur et directrice, en plus de la délégation de garde administrative, qui ont été transmises à la

¹¹ En 2021 : « Réunion Isolement et Contentions » ; réunion « Prévention des situations de violence » en 2023 ; et en février 2025 « Sous-commission Isolement Contention Apaisement »

mission, n'ont pas été actualisées conformément à ce qui a été annoncé lors du CODIR du 29 décembre 2025 : « (...) de nouvelles décisions doivent être établies à compter du 5 janvier 2026 ».

La direction générale et les directions du CODIR sont installées sur le site de PG à Villejuif. Tous les membres du CODIR n'ont d'ailleurs pas un bureau à la FV comme la direction médico-sociale qui, au jour de l'inspection, attendait que des aménagements soient réalisés pour avoir le sien.

Remarque 5 : L'éloignement opérationnel de la direction générale, conséquence de la fusion et du regroupement des directions PG et FV, intervient à un moment où elle doit pourtant piloter de très près les évolutions de pratiques et d'organisation. Cette distance complique la conduite du changement, d'autant que les équipes expriment des résistances et parfois des oppositions.

La fusion a modifié les périmètres fonctionnels et hiérarchiques des directeurs membres du CODIR. Toutefois, toutes les directions n'ont pas atteint le même degré de maturité dans cette transition. Cette situation est particulièrement sensible pour la direction médicosociale, à laquelle la direction générale a confié, à compter de 2025, la gestion et l'autorité hiérarchique du personnel socioéducatif de la Fondation Vallée, auparavant rattaché à la direction des soins.

Au jour de l'inspection, plusieurs éléments peuvent être constatés :

- le personnel socioéducatif, placé sous l'autorité hiérarchique de cette direction, représente 59 professionnels, soit 17,51% des 337 agents non médicaux de la FV. Ce taux — en progression d'environ 2 points depuis 2020 — demeure nettement supérieur à la moyenne nationale (~6%) et aux niveaux observés à PG (3%) et à Érasme (9%) ;
- des résistances ont été rencontrées dans ce transfert hiérarchique et dans les démarches de reconnaissance engagées auprès des équipes socioéducatives de la FV.

Le transfert hiérarchique n'a pas été suffisamment anticipé : aucun renfort RH significatif n'a été prévu si ce n'est le recrutement d'une troisième personne [redacted], ni aucun plan d'accompagnement structuré n'a été élaboré (acculturation, communication interne, présence terrain, clarification des circuits hiérarchiques et fonctionnels).

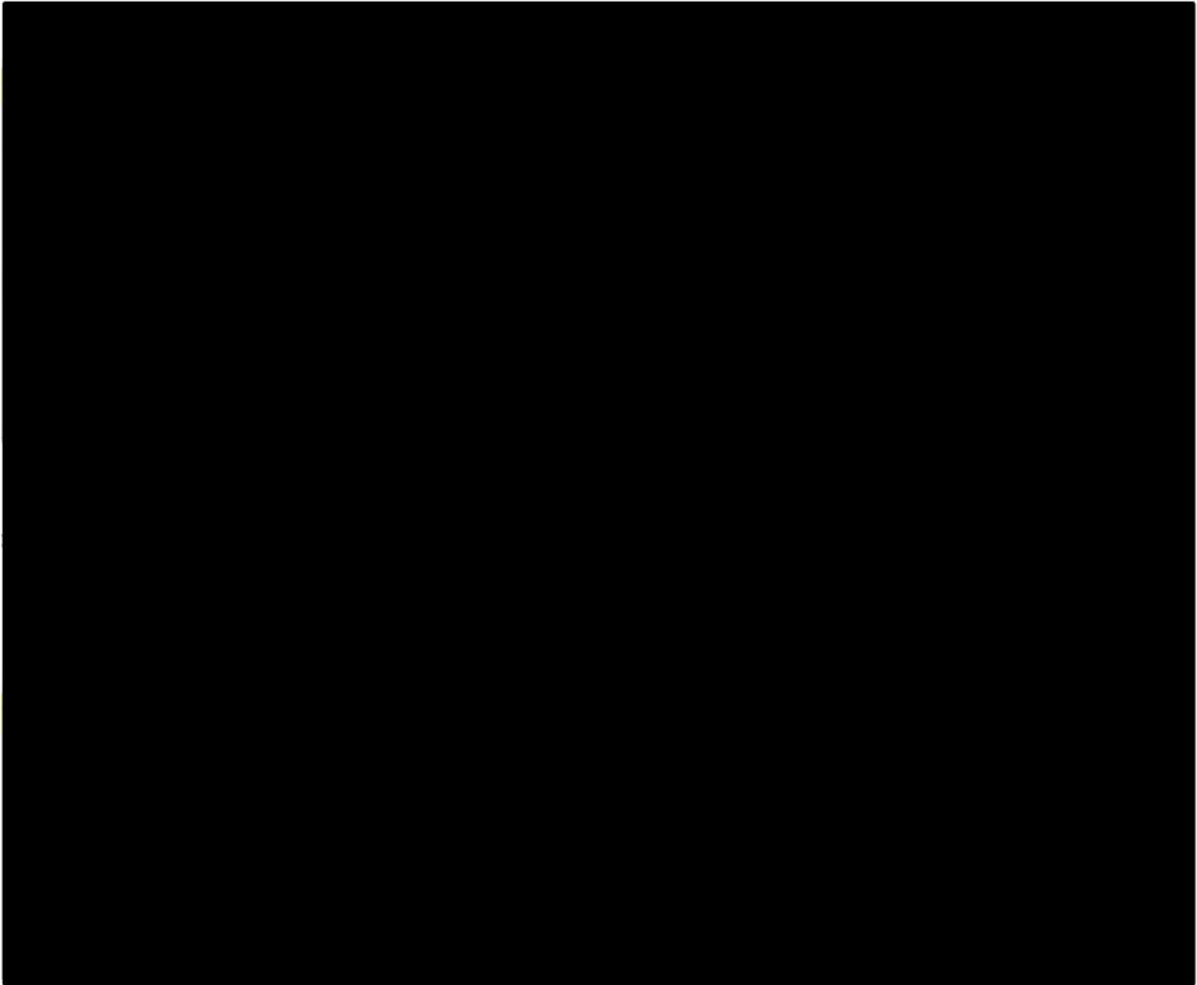
Remarque 6 : Depuis le 1^{er} janvier 2025, 17,5% des personnels non médicaux (dont les personnels éducatifs) relèvent désormais de l'autorité de la direction médicosociale. Ce transfert, mis en œuvre dans un contexte de tensions, de résistances et de légitimité encore en consolidation pour cette direction, n'a pas été suffisamment anticipé ni préparé. Il a ainsi exposé la direction médico-sociale à plusieurs risques : d'une part un risque professionnel de surmenage, d'autre part une possible réduction de sa capacité d'animation managériale auprès des personnels nouvellement rattachés, et enfin une fragilisation de la diffusion des règles et bonnes pratiques relatives aux mesures de contention et d'isolement.

4.8. CODIR

Parmi les sujets mis à l'ordre du jour des CODIR de 2024 et 2025, la mission constate que le sujet des pratiques d'isolement et contention est un sujet récurrent (au sein des services de psychiatrie et de l'adulte et de l'enfant et de l'adolescent) avec 15 occurrences en 2024 et 20 en 2025.

Elle note plus particulièrement que :

- le 30 juin 2025, le CODIR au moment de parler de la certification évoque « deux chantiers importants dont celui de l'isolement et de la contention » et se donne comme objectif d'avoir une « réflexion » sur la fermeture d'espaces d'isolement ;
- le 15 juillet, le CODIR évoque le « travail sur l'amélioration du rapport « iso et contention » et le bilan sur les actions pour diminuer le recours à l'isolement ;
- le 22 juillet, il figure au CR du CODIR la participation [REDACTED] au séminaire de l'ARS sur la contention et la création d'une communauté de pratiques avec le souhait d'une diffusion (voir avec la communication) à travailler avec [REDACTED]. Un calendrier est donné avec une première réunion de cette communauté de pratique prévue le 6 octobre. Le CODIR précisait qu'il fallait « s'assurer d'avoir un cadre réglementaire » ;
- effectivement, le 6 octobre, [REDACTED] annonce lors du CODIR, un plan d'action avec deux objectifs mais sans « suite à donner » à l'un comme à l'autre :
 - objectif n°1 : Mettre un terme définitif à l'isolement des enfants à compter du 1er novembre (sauf ULPIJ) ;
 - objectif n°2 : Accélérer la formalisation et la mise en œuvre des nouveaux projets d'unités (Post-urgences, GAJA, etc.).



À partir du CODIR du 13 octobre 2025, à la suite du courrier du Directeur général de l'ARS du 7 octobre, et plus encore lors des séances des 19 octobre et 10 novembre 2025, des actions concrètes et des suites opérationnelles sont explicitement détaillées dans les comptes rendus : référents identifiés, plan formalisé, et suivi hebdomadaire mis en place (séances des 19 et 27 octobre, transmission du plan).

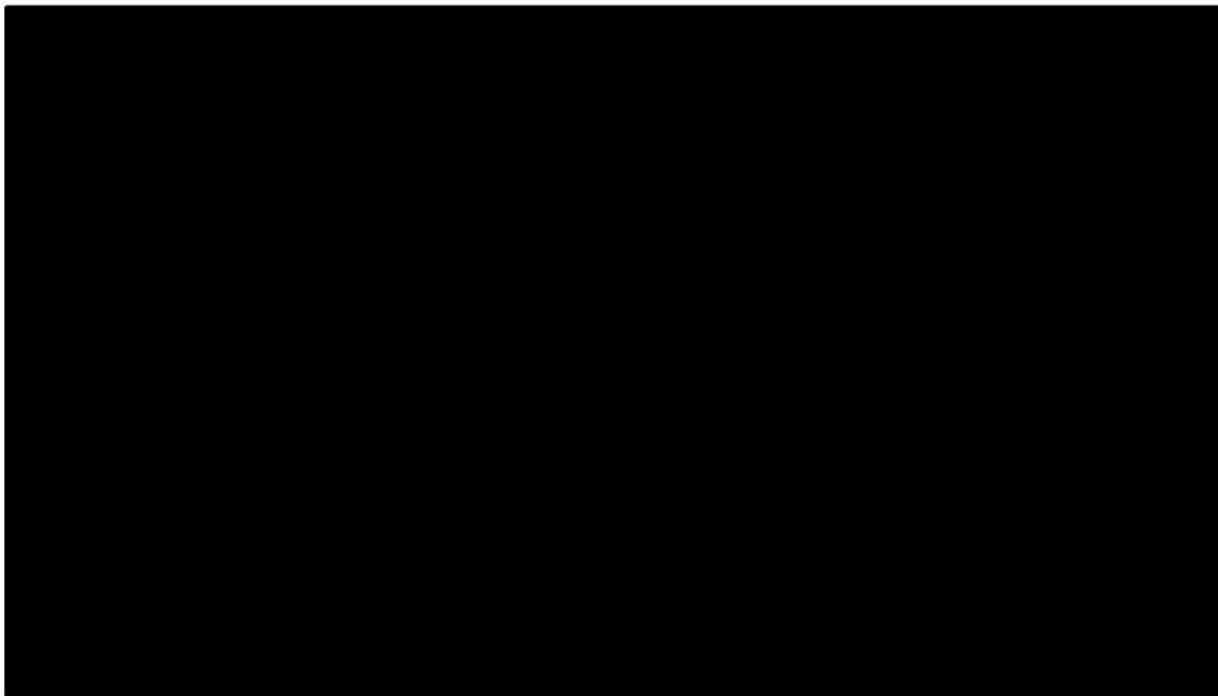
Remarque 7 : Bien que des orientations structurantes relatives aux isolements aient été actées dès 2021 (déploiement d'espaces d'apaisement, traçabilité et actualisation des procédures, programme de formations, rénovation des ERS), elles n'ont pas été menées à leur terme. La décision de suppression n'a été affichée par la direction qu'à l'été 2025, et le début de sa mise en œuvre effective n'est intervenu (incomplètement) qu'à la suite de la mise en demeure du DG ARS à la mi-octobre 2025.

4.9. Organigrammes

Il existe plusieurs organigrammes, et ceux qui ont été transmis à la mission sont les suivants :

- l'organigramme du GHT mis à jour en février 2025 où n'apparaît pas la direction rattachée spécifiquement à la Fondation Vallée ;
- l'organigramme médical de la FV mis à jour le 23 septembre 2025 regroupant les cadres, chefs de pôle, chefs de service, médecins. Lors de sa présentation le jour de l'inspection, la mission a pu constater de nombreux changements au sein de ce modèle, sans que cela ait été intégré dans la mise à jour ;

- l'organigramme « direction des soins GH FV-PG v2 » de février 2025, actualisé par l'organigramme de décembre 2025, qui présente une nouvelle organisation avec la nomination d'une cadre supérieure de santé pour prendre la direction des soins de l'ensemble des dispositifs du pôle hospitalisation et de proximité de la FV, sous la responsabilité hiérarchique de la Coordinatrice générale des soins et présidente de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIMRT).





Lors des différents entretiens menés, il est attesté que les professionnels sont « *perdus face à tous ces changements et l'arrivée de plein de nouveaux cadres* ».

L'examen comparé des quatre organigrammes met en évidence une gouvernance encore insuffisamment stabilisée. La difficulté ne tient pas à l'absence de fonctions, mais à la faible formalisation et à la variabilité de leur représentation, qui limitent la lisibilité de l'organisation, en particulier pour la Fondation Vallée, notamment s'agissant des relais de proximité et des circuits décisionnels au quotidien.

Plusieurs éléments corroborent cette fragilité : coexistence de versions hétérogènes, corrections manuscrites sur l'organigramme médical, mentions de « faisant fonction », diffusion d'un schéma d'« organisation actuelle » sans numéro de version. Ces caractéristiques affaiblissent la portée normative des organigrammes, qui ne constituent plus des référentiels stabilisateurs de la répartition des rôles.

Cette instabilité se répercute sur le fonctionnement interne : les équipes manquent de repères clairs sur « qui décide, à quel niveau et dans quels délais ». Les évolutions fréquentes de périmètre créent des zones grises managériales, tandis qu'une matérialisation insuffisante des interfaces médico-soignantes favorise un fonctionnement en silos, générateur de tensions, d'injonctions contradictoires et d'un climat social fragilisé.

Remarque 8 : La multiplicité et la variabilité des organigrammes traduisent moins une gouvernance stabilisée qu'un pilotage encore en ajustement. Cette instabilité limite la lisibilité des responsabilités et fragilise la structuration de la chaîne hiérarchique, ce qui, dans un contexte déjà tendu, peut contribuer à des pertes de repères et à une dégradation du climat social.

4.10. Encadrement

Les unités des enfants et adolescent du CHS FV sont réunis dans le premier des deux pôles (hospitalisation et proximité), dont voici l'état de l'encadrement au jour de la mission :

[REDACTED]

[REDACTED] pour prendre la chefferie d'un futur pôle unique qui serait issu du regroupement des deux pôles actuels mais dont le projet qui a été annoncé à la mission ne figure pas dans la demande d'autorisation, ni n'a fait l'objet d'autre formalisation explicite (comme un préprojet de pôle).

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

La mission note que [REDACTED] a écrit, dans sa feuille de route, que l'encadrement de proximité constitue la « courroie essentielle » de déploiement des bonnes pratiques : « Les rôles des chefs de pôle, chefs de service et cadres dans le management de la qualité sont primordiaux. [...] L'appropriation individuelle et collective des bonnes pratiques nécessite des formations institutionnelles. ».

Lors du directoire du 10 octobre 2025, présidé par [REDACTED], en prévision de la prochaine visite de certification lors du point sur la démarche qualité, il était demandé que la fonction de cadre de proximité, qui est un acteur central, soit davantage valorisée.

Remarque 9 : Les intérimaires des chefferies de services et d'unités, [REDACTED], les récentes arrivées de cadres paramédicaux, notamment les cadres de pôles qui cumulent d'autres responsabilités, dénotent un encadrement fragilisé et instable pour être la « *courroie essentielle* » de déploiement des bonnes pratiques comme l'a annoncé [REDACTED] dans sa feuille de route.

4.11. Climat social

Le CSE du CHS FV et celui de PG ont fusionné en 2025 avec une séance d'installation le 29 avril 2025.

Les comptes-rendus des CSE de la FV de 2024 font état de :

- lors de la séance du 21 mars 2024, du projet de management et de gouvernance (les représentants du personnel se sont abstenus à l'unanimité), du projet d'établissement (adopté à l'unanimité), de la fusion ;
- lors de la séance du 18 juin 2024, de la fusion dont le projet fait l'objet d'un avis défavorable unanime, [REDACTED] « *déplorait l'absence de négociation et le manque de propositions syndicales* », les difficultés d'effectifs et d'attractivité avec l'objectif d'arriver à un « *équilibre des effectifs entre unités* » ;
- lors de la séance du 26 juin 2024, de la fusion avec toujours un avis défavorable à l'unanimité ;
- lors de la séance du 15 octobre 2024, du rapport d'activité, des appels à projet, de l'avenant au nouveau règlement intérieur des nouvelles CME et CSIRMT issues de la fusion, du regroupement des unités enfants et adolescents et des ressources humaines.

Ceux de 2025 font état :

- lors de la séance d'installation du nouveau CSE du 29 avril 2025, [REDACTED] du GH PG-FV, de la présentation de ses nouveaux membres élus, de la création, votée à l'unanimité, d'une F3SCT spécifique à la pédopsychiatrie ;
- lors de la séance du 24 juin 2025, [REDACTED], 29 points étaient à l'ordre du jour mais étant donné les discussions concernant les premiers points et les votes défavorables, les discussions se sont arrêtées au point n°9, les autres points ont été reportés, notamment le point sur l'évolution des effectifs médicaux et des conséquences organisationnelles pour les activités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- lors de la séance du 10 juillet 2025, [REDACTED], étaient présentées les perspectives d'évolutions organisationnelles consécutives aux problèmes d'effectifs dont l'ouverture d'une unité post-urgence fin 2025 ;
- lors de la séance du 7 août 2025, [REDACTED], étaient à l'ordre du jour, entre autres, l'état des effectifs, la prime d'attractivité, le budget des activités thérapeutiques pour les unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les effectifs minimum en leur sein en cas de grève avec un vote défavorable sur la proposition d'affectation du résultat 2024 (une seconde fois) ;
- lors de la séance du 7 août 2025 [REDACTED], est remise au vote la proposition d'affectation du résultat 2024 avec un avis défavorable à l'unanimité ;
- lors de la séance du 21 octobre 2025 [REDACTED], deux points seulement étaient à l'ordre du jour (passage en douze heures, les critères pour la prime de service) et les deux ont reçu un avis défavorable unanime.

Le CSE se voit présenter les perspectives d'évolutions organisationnelles mais ne valide pas les nouveaux organigrammes.

Remarque 10 : Les avis défavorables des représentants du personnel sont en 2025 quasi systématiques, ce qui atteste d'un climat social tendu et clivé.

Les résistances aux changements organisationnels et au déploiement des bonnes pratiques d'apaisement figurent aux comptes-rendus et procès-verbaux de plusieurs différentes instances (cf. 4.7. Le directoire) ainsi qu'au CODIR :

- lors du CODIR du 9 décembre 2024, des crispations sont remontées quant au regroupement des unités Haag et Klein dans l'UETA ;
- lors du CODIR du 19 octobre 2025, les résistances au changement sont explicitement rapportées concernant le déploiement du plan d'action (réunion médicale du lundi, rappel du caractère médical de la décision d'isolement, proposition d'un protocole alternatif, etc.).

Au moment de l'inspection, deux enquêtes administratives internes avaient récemment eu lieu, l'une pour des faits de maltraitance d'un professionnel envers les enfants, et la seconde qui était encore en cours, pour des faits de harcèlement au sein d'un des hôpitaux de jour.

Par ailleurs, les plus de trente entretiens conduits convergent vers le constat d'un climat social fortement clivé, devenu plus sensible à la suite de l'inspection. Il ressort en particulier l'existence de rapports internes de type « entre-soi », avec un noyau de professionnels se réclamant d'une filiation historique (le terme « *la famille* » est évoqué plusieurs fois durant les entretiens) y compris chez les jeunes professionnels et visant à préserver une pratique présentée comme « *ancestrale* », au prix d'une faible tolérance au contradictoire. Ce clivage se manifeste par des tensions récurrentes, pouvant aller jusqu'à des intimidations et menaces verbales, ainsi que par des épisodes d'agressivité en réunion lors de la présentation d'approches thérapeutiques alternatives, notamment pour les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement.

Pour autant, et c'est un point essentiel, l'inspection a également mis en lumière une mobilisation professionnelle persistante : plusieurs équipes, parfois jusque-là en manque de soutien institutionnel, ont saisi l'opportunité, créée par le contrôle, pour structurer et légitimer des évolutions de pratiques au bénéfice des enfants. Cette dynamique s'inscrit dans le mouvement attendu de mise en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (formation, supervision des pratiques, évaluation des interventions, articulation avec les parents), telles que rappelées par la HAS.

5. Qualité et la gestion des risques

5.1. Politique qualité

Les orientations en matière de qualité et de sécurité des soins sont définies à l'échelle du GHT dans le cadre d'une politique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité, formalisée dans un document-cadre de 2022. Ce pilotage est assuré par la direction médicale et administrative du GHT, appuyé par les instances (Direction générale, Commission médicale de groupement (CMG)) et relayé par le COPIL Qualité.

En complément du pilotage à l'échelle du GHT, la qualité relève également des missions de la CME. [REDACTED] rappelle dans sa feuille de route que « la CME contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». La mise en œuvre opérationnelle passe par les sous-commissions de la CME, chargées du suivi de la politique qualité et de la gestion des risques. Toutefois, les modalités d'articulation entre le pilotage qualité au niveau du GHT (notamment via la CMG) et le pilotage qualité au sein des établissements PG et FV via leur CME commune ne figurent dans aucun des documents transmis (document cadre, manuel qualité, feuille de route [REDACTED]), alors même que cette dernière se fixe un objectif de déclinaison de la politique qualité à l'échelle des deux structures.

Sur le terrain, la direction qualité a plusieurs outils à sa disposition pour décliner sa politique au sein des unités, et notamment en s'y rendant à l'occasion des « Minutes Qualité » (37 comptes rendus de minutes qualité¹² organisés dans les unités de la FV en 2025 ont été transmis. Il en ressort que ce sont des temps pour communiquer et déployer les bonnes pratiques d'apaisement) ou réaliser des audits (hygiène des mains en 2023, 2024 ; contrôle de la gestion de la dotation en produits pharmaceutiques ; le contenu et la tenue des dossiers des patients ; visite d'armoire à pharmacie et ou encore des audits croisés de patients traceurs au sein des trois établissements du GHT). Il a été rapporté à la mission également l'installation de panneaux qualité permettant de visualiser les objectifs et les indicateurs qualité.

Or l'appropriation reste variable selon les équipes, d'après les constats de la mission qui corroborent ceux de la HAS dans son rapport de certification de novembre 2025. En effet, les équipes ne connaissent pas toujours les actions qualité de leur unité. De même, des problèmes de coordination avec l'encadrement de proximité peuvent être rencontrés par les équipes de la direction de la qualité pour décliner certaines actions. Ainsi, lors du Directoire du 7 février 2025, pour la préparation de la certification de la HAS, il est noté que « *Sur l'USIA, il y a eu un problème de coordination avec [REDACTED] rendant impossible l'entretien avec le patient traceur et sa famille* ».

Remarque 11 : L'appropriation et la déclinaison concrète, au sein des unités de la FV, des objectifs et actions du plan qualité et de la politique qualité ne sont pas suffisamment effectives.

5.2. Plan qualité

Pour décliner les objectifs qualité, le GHT a un plan qualité et de sécurité des soins (PQSS). Celui de 2025 a été transmis à la mission. Il est structuré en 10 processus, déclinant 20 objectifs courant jusqu'en 2028, qui sont mis en œuvre par 70 actions ayant pour chacune

¹² Les minutes qualité permettent une appropriation de la démarche qualité et sécurité des soins par les équipes de soins, au plus proche du terrain. Il s'agit d'accompagner l'encadrement médical et paramédical des unités pour organiser la démarche dans l'unité. Ces réunions durent environ 45 minutes et sont renouvelées tous les 3 mois par unité

un à quatre pilotes, une échéance prévisionnelle. Le plan transmis indique celle réalisées, en cours ou terminées.

Sur les 70 actions recensées :

- 37 actions sont en cours ;
- 5 actions n'ont pas été engagées, dont certaines structurantes pour la conformité réglementaire et la qualité des soins.

Les cinq actions non commencées sont les suivantes :

- réaliser un audit dignité–intimité sur les unités (objectif « Garantir le respect de la dignité et de l'intimité ») ;
- créer une formation e-learning sur la procédure d'identitovigilance avec un quiz ;
- sensibiliser et faire participer les patients lors des audits qualité (identitovigilance...) ;
- mettre à jour la procédure « cartographie des actes douloureux » ;
- modifier le paramétrage du dossier patient informatisé (DPI) pour faciliter la réévaluation de la douleur (ajout dans le plan de soins).

Parmi les 70 actions du PQSS, plusieurs relèvent de façons diverses des pratiques d'isolement et de contention.

Les trois actions qui relèvent de l'objectif « Poursuivre les démarches d'amélioration des pratiques sur les prises en charge spécifiques (isolement, contention...) » sont en cours de réalisation :

deux ont pour pilote [REDACTED] du CH FV

- réaliser des travaux et mettre en place des équipements spécifiques dans les espaces d'isolement (pédopsychiatrie) ;
- réfléchir à la mise en place d'un comité de cas complexes (pédopsychiatrie).
- la troisième action, encore en cours, est de « Continuer le déploiement des espaces d'apaisement dans l'ensemble des unités », qui demeure également en cours alors qu'elle était identifiée dès mai 2021 par le groupe de travail comme action à mener.

Deux autres actions, en lien avec l'isolement et la contention, relèvent de l'objectif « Prévenir et gérer les épisodes de violence », avec des niveaux d'avancement contrastés :

- le bilan du déploiement des mesures d'anticipation (plan de prévention partagé, Mon GPS) est en cours ;
- la table ronde sur la gestion des situations de violence a, quant à elle, été réalisée.

Enfin, l'action « Réaliser un audit dignité–intimité sur les unités », rattachée à l'objectif « Garantir le respect de la dignité et de l'intimité », peut également être rapprochée de la politique institutionnelle de maîtrise de l'isolement et de la contention. Cette action n'a toutefois pas encore été engagée.

Les douze actions du plan d'appui aux bonnes pratiques d'isolement et de contention du 19 novembre 2025 n'ont pas été intégrées au plan qualité.

Remarque 12 : L'ensemble des actions du PQSS 2025 relatives à l'isolement, à la contention et à la gestion de la violence forme un bloc hétérogène, certaines sont inachevées voire dépourvues de pilote.

5.3. Evénements indésirables

Les équipes bénéficient d'une information et d'une formation internes assurées par la direction qualité et l'encadrement de proximité. Elles disposent également, sur le portail qualité de l'intranet, de ressources destinées à préciser les modalités de remontée des événements indésirables :

- un chapitre (6.2) dans le manuel qualité ;
- une brochure de 2023 orientant le professionnel vers la procédure disponible sur le portail Qualité et lui indiquant les coordonnées de la référente qualité de la FV, de PG ou d'Erasmus ;
- une procédure détaillée, datée de 2021, décrivant en huit points opérationnels la gestion des signalements d'événements indésirables

D'après les bilans présentés en COPIL Qualité du 7 mars 2024 et du 28 mars 2025, il est constaté qu'après une hausse des événements indésirables signalés à la FV entre 2022 et 2023, ils se sont stabilisés en 2024.

Aucun EIGS n'a été déclaré à l'ARS IdF pour la psychiatrie infanto-juvénile en 2024 et 2025 alors que la mission a recensé 71 mises à l'isolement entre le 1^{er} janvier et le 17 novembre 2025 concernant 14 enfants¹³. Certaines équipes déclarent les événements indésirables, les analysent et s'en servent pour ajuster leurs pratiques, tandis que d'autres ne s'en saisissent pas d'après les constats de la mission qui corroborent ceux de la HAS dans son rapport de certification de 2025.

Les comités de retour d'expérience à la suite d'un événement indésirable (CREX) sont, depuis plusieurs années, en progression (0 en 2019 mais 8 en 2023 et 7 en 2024). D'ailleurs le plan qualité intègre un onglet regroupant les actions issues des CREX. Elles sont intégrées au PQSS au sein d'un onglet spécifique. Elles sont au nombre de 100 dans le PQSS 2025 transmis. Parmi ces cent actions, la mission en a relevé huit qui concernent les pratiques de contention et d'isolement, au sein des unités de pédopsychiatrie. Parmi celles-ci :

- trois actions sont affichées comme achevées :
 - rappeler au médecin la procédure de mise en chambre d'isolement, la coordination avec l'équipe et les mesures de désescalade (achevée le 23/10/2025) ;
 - transformer les espaces d'isolement en espaces d'apaisement (site de Gentilly, hors ULPIJ) (achevée le 31/10/2025) ;
 - rappeler aux équipes l'usage du plan de prévention partagé pour les patients avec antécédents de violence (achevée le 01/11/2025).
- trois actions sont encore en cours :
 - mettre à jour la procédure isolement et créer des fiches mémos pour l'harmonisation des pratiques médicales à l'ULPIJ (échéance au 19/12/2025) ;
 - poursuivre la revue de pertinence pluriannuelle des isolements / contention (échéance au 31/12/2025) ;
 - poursuivre la politique de diminution du recours à l'isolement (échéance au 31/12/2025) ;

¹³ Extraits de fiches d'événements indésirables : 01/10/2024 : "Contention. Mis en ERS" ; 03/11/2025 : "l'équipe a procédé à une mise en contention immédiate" ; 27/11/2024 : "Nous avons dû le contentonné (sic) avec une couverture" ; 07/10/2024 : "Les soignantes ont dû intervenir pour une contention physique" ; 01/10/2024 : "je m'interpose et me blesse lors de la contention" ; 26/09/2024 : "contention physique au sol". ; 02/09/2024 : "Contention et renforts appelés pour une mise en ERS" ; 23/04/2024 : "Nous décidons alors de réaliser une contention durant laquelle deux soignantes sont blessées" ; 26/03/2024 : "enfant contentonné de nouveau sur son lit et mise en ERS, mais lors de cette deuxième contention une autre soignante se fait tordre le poignet violemment"

- deux actions relatives aux pratiques d'isolement et contention n'ont pas été achevées quoique l'échéance soit passée :
 - réaliser une évaluation de la pertinence des prescriptions des isolements (échéance au 30/05/2025) ;
 - renforcer l'évaluation du risque de violence (échéance au 30/09/2025) et dont il est précisé qu'elle « n'est pas commencée ».

Remarque 13 : La transformation des espaces d'isolement en espaces d'apaisement (site de Gentilly, hors ULPIJ) n'était pas achevée au 31 octobre 2025, alors qu'elle constituait une action prioritaire depuis 2021. Le jour de l'inspection, ces espaces n'étaient pas transformés et certaines unités, dont Bourneville et Winnicott, ne disposaient toujours pas de salle d'apaisement.

6. Droits des patients

6.1. Commission des usagers

La CDU constitue, au sein de l'établissement, un dispositif structurant de garantie des droits, de médiation et de traitement des plaintes et réclamations. Les éléments transmis à la mission (ordres du jour, comptes rendus) attestent de l'activité effective de la CDU et de la présence des médiateurs, des représentants des usagers et de la direction lors des réunions.

Les comptes rendus, notamment celui du 6 mai 2025, montrent la volonté de la CDU de créer et amplifier une dynamique sur des sujets touchant aux droits des patients (qualité, satisfaction, livret d'accueil, etc.), avec, entre autres :

- la mise en place d'une instance de recueil de la parole des mineurs enfants et adolescents (Conseil des enfants et des adolescents (CEA)) et d'un COPIL entre séances, visant à faire remonter les questions concrètes des enfants sur des thèmes variés (internet/wifi, repas, logistique, etc.) ;
- la lutte contre la restriction de liberté (ex. isolement/chambres sécurisées), en formalisant/traçant les situations, et effectuant des rappels précisant que la « fermeture des chambres la nuit » est assimilée à un isolement et « soumis à prescription médicale » ;
- la rédaction d'un livret d'accueil « parents » et d'un livret d'accueil « enfants – adolescents » confirment cette volonté.

Pourtant, les constats de terrain communiqués à la mission font que les canaux de recours et de médiation, bien que décrits comme opérationnels, ne suffisent pas à garantir l'effectivité des droits, notamment lorsque les familles sont structurellement éloignées du lieu d'hospitalisation sur l'essentiel de la semaine, ou que certaines sont analphabètes.

En corollaire, peu de professionnels peuvent définir les modalités permettant aux familles de formaliser leurs remarques, commentaires ou critiques.

Dès lors, l'existence de supports et d'instances ne suffit pas à établir, l'accessibilité réelle et la mobilisation effective de ces voies de recours par les familles et les enfants, lesquelles doivent être démontrées par des éléments opérationnels (affichage, modalités de remise et d'explication, traçabilité, sollicitations et suites). Aussi, en l'absence d'éléments probants sur l'accessibilité réelle aux voies de recours dans les unités, la mission considère ce dispositif comme inexistant.

Écart 4 : Tout patient doit pouvoir exprimer oralement ou par écrit ses griefs auprès des responsables des services ou du représentant légal de l'établissement, or la direction n'a pas développé d'outils promouvant cette possibilité et la rendant accessible et effective, ce qui contrevient à l'article R1112-91 du CSP¹⁴

6.2. Communication et participation des familles

Les documents remis aux enfants et adolescents et aux parents expliquent que les droits de communication et de relation avec l'extérieur existent, mais peuvent être ainsi modulés:

¹⁴ R1112-91 du CSP « Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai. »

- le livret d'accueil à destination des parents précise que l'utilisation du téléphone portable est annoncée comme autorisée, avec possibilité de réduction « sur décision médicale », et les visites sont décrites comme possibles « en accord avec le médecin de l'unité » ;
- le livret d'accueil à destination des enfants précise que « Vos parents ou responsables légaux peuvent vous contacter dans votre unité pendant les temps dédiés, en accord avec le médecin de l'unité ».

Dès lors que les livrets prévoient des restrictions d'accès à la communication « *sur décision médicale* » ou « *en accord avec le médecin* », la conformité suppose, a minima, que ces restrictions soient individualisées, justifiées, proportionnées, portées à la connaissance des titulaires de l'autorité parentale, et tracées. Or, la mission constate une pratique, correspondant à une organisation institutionnelle structurelle et systématique de la prise en charge, qui montre une absence parentale en semaine, des contacts très limités, un accès des parents aux chambres interdit, sans démonstration apportée à ce stade d'un processus de décision médicale individualisée et traçable ni de critères connus et opposables. Les éléments issus des différents entretiens menés ainsi que de l'analyse des documents transmis, décrivent, pour les unités d'hospitalisation complète, un fonctionnement qui s'apparente à une règle collective immuable « *nous avons toujours fait comme ça !* ».

Aussi, l'absence quasi-totale de critères de restriction et d'exception¹⁵, non présentés à la mission, fragilise la démonstration des justifications apportées lors des entretiens, concernant les limitations de communication parents/enfants, au regard de l'objectif thérapeutique, et donc le respect des principes de consentement/participation des parents à la décision.

Écart 5 : L'absence de justification formalisée de restriction de liberté de communication entre les parents et les enfants contrevient à l'article L.1111-4 du CSP.

Concernant les conditions dans lesquelles les contacts avec les parents sont organisés, un témoignage recueilli par la mission fait état de communications téléphoniques particulièrement contraintes entre l'enfant et sa famille. Selon ce témoignage, les appels, limités à deux fois par semaine pour une durée de quelques minutes, sont reçus par l'enfant sur haut-parleur, en présence d'un membre de l'équipe. Il est rapporté que l'encadrante intervient fréquemment en répondant elle-même à certaines questions adressées à l'enfant, ou en commentant ses réactions (tristesse, colère, refus de parler, propos évasifs), ce qui altère la qualité et la confidentialité de l'échange.

Le témoignage mentionne également des bruits parasites (frappes sur clavier) rendant difficile la compréhension de l'enfant lors de l'appel. Enfin, un épisode a été relaté au cours duquel l'encadrante aurait exprimé une réaction de colère après que l'enfant a évoqué, au téléphone, un geste de torsion du bras qu'elle lui aurait infligé.

Écart 6 : Les conditions dans lesquelles sont exercées les communications téléphoniques des enfants et adolescents avec leur proches et parents, vont à l'encontre du respect de la dignité (article L.1110-2 du CSP), du droit au respect de la vie privée (L.1110-4 du CSP) de l'enfant, du droit au maintien des liens avec la famille (L. 1111-1 du CSP) et aussi au droit de l'enfant d'exprimer librement son opinion (article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant -CIDE-).

¹⁵ La mission a retrouvé une seule prescription au sein des dossiers analysés

Au terme des éléments exposés, il ressort un décalage entre d'une part les principes affichés dans les documents administratifs (volonté d'association des familles, information, partenariat, participation aux décisions) et, d'autre part, la réalité opérationnelle observée.

La relation aux familles apparaît insuffisamment organisée, peu lisible et inégalement effective, avec une participation parentale qui demeure davantage déclarative que garantie dans la pratique quotidienne. Autrement dit, l'établissement dispose d'un cadre théorique posé et d'intentions formalisées, mais la déclinaison sur le terrain demeure inachevée, voire non amorcée sur plusieurs items.

En conséquence, il ne s'agit pas d'un simple déficit de communication : cet écart entre engagement institutionnel et effectivité des actions traduit un désengagement fonctionnel vis-à-vis des familles, fragilise l'alliance thérapeutique, altère la confiance, et constitue un risque organisationnel majeur dès lors que la place des proches, pourtant affirmée dans les textes internes, n'est pas traduite en pratiques stabilisées, traçables et opposables.

Cette organisation est de nature à réduire l'efficacité attendue de l'hospitalisation, en limitant l'appropriation du projet thérapeutique par la famille et la sécurisation des relais post-sortie, avec un risque accru de ruptures de parcours.

Remarque 14 : L'absence d'implication des titulaires de l'autorité parentale est susceptible de compromettre l'effectivité de l'hospitalisation, d'altérer les bénéfices attendus de la prise en charge et de fragiliser la continuité du parcours au retour à domicile, augmentant le risque de rupture de prise en charge.

7. Ressources humaines

7.1. Effectifs

L'hospitalisation complète d'enfants en pédopsychiatrie impose, par nature, un encadrement renforcé, pluridisciplinaire et par des professionnels spécifiquement formés (gestion des situations de crise, prévention des ruptures de prise en charge, continuité relationnelle, sécurité des soins).

Cette exigence est cohérente avec le cadre réglementaire applicable à l'activité de pédopsychiatrie, qui prévoit notamment une organisation adaptée à la nature des prises en charge et au volume d'activité, une équipe pluridisciplinaire¹⁶ comme la détaille l'article D. 6124-256-I du CSP, modifié par le décret du 28 septembre 2022.

« I.-Le titulaire de l'autorisation dispose d'une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires comprenant :

1° Un ou plusieurs infirmiers ;

2° Un ou plusieurs aides-soignants ;

3° Un ou plusieurs psychologues ;

4° Un ou plusieurs assistants de service social ;

5° En tant que de besoin, un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, professionnels habilités à dispenser une activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1. »

L'article ajoute que « le nombre et la spécialité ou la qualification des personnels sont adaptés aux besoins de santé des patients pris en charge, aux caractéristiques techniques des soins dispensés et au volume d'activité ».

Ainsi, depuis septembre 2024, c'est à cause des postes vacants d'AS, d'IDE et de psychiatres responsables d'unité, de service, ou de pôle (les effectifs et difficultés de vacances des postes de psychiatres étant abordés dans la partie 4.10. Encadrement) que la direction a décidé d'un fonctionnement en mode dégradé des unités Dolto et Winnicott avec 7 lits d'ouverts au lieu de 10.

La mission a donc confronté les effectifs en poste en ETP aux besoins théoriques en ETP de jour et de nuit des maquettes organisationnelles transmises dans les tableaux suivants :

Tableau 1 : Besoins en ETP de la maquette organisationnelle de l'unité Dolto comparés aux ETP en poste

Unité Dolto fonctionnant avec 7 lits au lieu de 10 lits				
	Besoin jour	Besoin nuit	Besoin ETP maquette	ETP en poste
IDE	2,07	1,5	3,57	3,00 dont 1 ETP stagiaire
Éducateur spécialisé	2,07	0	2,07	1,00

¹⁶ Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie

Unité Dolto fonctionnant avec 7 lits au lieu de 10 lits				
	Besoin jour	Besoin nuit	Besoin ETP maquette	ETP en poste
AS	2,07	1,5	3,57	0,80
EJE	1,40	0	1,40	1,00
Psychologue	0,5	0	0,50	0,00
Psychomotricien	0,5	0	0,50	0,50 (stagiaire)
Assistante sociale	0,5	0	0,50	0,00
ASH	1	0	1	1
TOTAL (ETP)	10,11	3	13,15	7,3

Tableau 2 : Besoins en ETP de la maquette organisationnelle de l'unité Winnicott comparés aux ETP en poste

USI Winnicott fonctionnant avec 7 lits au lieu de 10 lits				
	Besoin jour	Besoin nuit	Besoin ETP maquette	ETP en poste
IDE	2,07	1,5	3,57	3,10
Éducateur spécialisé	2,07	0,0	2,07	5,6 (dont 1 ETP ES apprentis et 1 ETP moniteur éducateur)
AS	2,07	1,5	3,57	4,00
EJE	1,60	0,0	1,6	1 (d'auxiliaire de puériculture)
Psychologue	1	0,0	1	1
Psychomotricien	0,5	0,0	0,50	0,00
Assistante sociale	0,6	0,0	0,60	0,60
ASH	1	0,0	1	1,5
TOTAL	10,91	3	13,93	16,80

Le nombre de postes vacants au sein de l'unité Dolto (5,85 ETP de postes vacants dont 2,79 ETP d'AS) justifie son fonctionnement en mode dégradé (7 lits ouverts au lieu de 10).

A contrario, l'unité Winnicott a plus d'ETP en poste que de besoins par rapport à sa maquette organisationnelle.

La mission a analysé les plannings transmis réalisés de nuit et de jour pour septembre et pour octobre 2025 pour l'unité Dolto :

Tableau 3 : Planning réalisé de jour de septembre de l'unité Dolto

Poste	Occupation	Unité
IDE	Présent tout le mois	Unité inconnue
IDE stagiaire	Présent tout le mois	Dolto
IDE	Présent tout le mois	Dolto
AS	Absent tout le mois (AT)	Dolto
AS	Renfort tout le mois	UETA
Educ. spé	Congés maladie du 15 au 30 septembre	Dolto
Educ. spé	Renfort à partir du 22 septembre	Unité inconnue
EJE	Présent tout le mois	Dolto

Tableau 4 : Planning réalisé de nuit de septembre de l'unité Dolto

Poste	Présence	Unité
IDE	Présent tout le mois	Dolto
IDE	Absent tout le mois	Dolto
AS	Présent tout le mois	Dolto

Tableau 5 : Planning réalisé de jour d'octobre de l'unité Dolto

Poste	Présence	Unité
IDE	Présent tout le mois	Unité inconnue
IDE stagiaire	Présent tout le mois	Dolto
IDE	Présent tout le mois	Dolto
AS	Tout le mois (AT)	Dolto
AS	Renfort tout le mois	UETA
Educ spé	Présente tout le mois	Dolto
Educ spé	Présent les 1, 2, 3 et 6	Unité inconnue
EJE	Présente tout le mois	Dolto

Poste	Présence	Unité

Tableau 6 : Planning réalisé de nuit d'octobre de l'unité Dolto

Poste	Présence	Unité
IDE	Le 13	Winnicott
IDE	Le 1 ^{er} , 7, 8, 22 et 23	Winnicott
IDE	Absent du 1 ^{er} au 10	Dolto
IDE	Le 14	UETA
AS	Le 22	UETA
AS	Le 23	Dolto
AS	Le 23	Bourneville
AS	En congés maladie du 17 au 31	Dolto

Les absences et les vacances de postes de l'unité Dolto sont régulièrement compensées par mutualisation et recours à des renforts d'autres unités (deux IDE de l'unité Winnicott, une IDE de l'UETA, une AS de l'UETA et une autre de Bourneville).

7.2. Recrutement des psychologues

Il convient ici de rappeler que, sur le plan administratif, les psychologues de la Fondation Vallée demeurent placés sous la responsabilité de la direction des ressources humaines, qui est garante des recrutements.

Une révision complète du processus de recrutement a été opérée en 2025 conjointement entre la DRH et le médecin chef de pôle. Cette évolution constitue un changement majeur, en ce qu'elle permet désormais au médecin chef de pôle d'exercer pleinement son rôle d'expertise et de fixer des exigences professionnelles élevées pour une fonction déterminante dans la qualité de la prise en charge des enfants.

Ce recalibrage structurel, bien qu'encore fragile dans sa mise en œuvre, traduit une volonté claire d'orienter les recrutements vers des profils et des pratiques conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP).

7.3. Formation aux bonnes pratiques d'apaisement

La mission a reçu les preuves de la réalisation des formations relatives aux bonnes pratiques d'apaisement, assurées par des organismes extérieures, suivantes :

- en 2023 : la formation « Isolement et apaisement », la formation « OMEGA : gestion des états de crise » et la formation « Gestion de la violence et de l'agressivité » ;
- en 2024 : la formation « Réduire l'agressivité », la formation « OMEGA : pacification des états de crise » et la formation « Isolement et apaisement : stratégies avancées ou d'urgence » ;
- en 2025 : la formation « Désamorcer l'agitation par la contenance », la formation collective « OMEGA : pacification des états de crise » et la formation collective

« Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels »

Elle les a comparées au tableau des effectifs transmis.

Elle a considéré comme visé par les actions de formation tout le personnel accompagnant les enfants et susceptibles donc dans sa pratique d'être confronté à des comportements-défis : les aides-soignants, les assistantes sociales, les auxiliaires de puériculture, les éducateurs jeunes enfants, les éducateurs spécialisés et moniteur éducateur, les IDE ainsi que les cadres de santé, les psychologues, les psychomotriciens, les internes et les médecins psychiatres. Les secrétaires médicales ont été intégrées étant donné que la mission a trouvé, parfois, des preuves de formation.

D'après le décompte fait par la mission (dont le détail se trouve en annexe 14.7), la mission constate que :

- au sein de l'unité Dolto, [REDACTED] n'ont pas suivi de formation ces trois dernières années, soit 5/10 (50%) des effectifs ;
 - au sein de l'unité Winnicott, un IDE (sur quatre), [REDACTED] n'ont pas suivi de formation ces trois dernières années, soit 7/24 (30%) des effectifs ;
 - au sein de l'unité Bourneville, [REDACTED] n'ont pas suivi de formation ces trois dernières années, soit 5/16 (32%) des effectifs ;
 - au sein de l'UETA [REDACTED] il n'a été transmis que la convocation à une formation sur la désescalade. [REDACTED] n'ont pas suivi de formation ces trois dernières années, soit 7/26 des effectifs ;
- [REDACTED] plusieurs des professionnels qui n'ont pas bénéficié d'action de formation ont pourtant une ancienneté telle qu'elle justifie une réactualisation de leurs compétences et de leurs pratiques : [REDACTED]

De plus la mission note, concernant les formations faites en 2023 :

- les certificats de réalisation de la formation « Isolement et apaisement » du 28 septembre au 10 octobre 2023 indiquent qu'ont suivi la formation [REDACTED]
- les certificats de réalisation de la formation « Isolement et apaisement » du 9 novembre au 11 décembre 2023 concernent 4 agents, qui ne figurent ni au registre du personnel, ni au tableau des salariés des unités d'hospitalisation ;
- les certificats de réalisation de la formation « OMEGA : gestion des états de crise » du 28 novembre au 1er décembre 2023 concernent deux professionnels qui ne figurent ni au registre du personnel, ni au tableau des salariés des unités d'hospitalisation ;
- les certificats de réalisation de la formation « OMEGA : gestion des états de crise » du 10 au 13 janvier 2023 sont au nom d'une EJE, d'une ES et de cinq IDE qui ne figurent pas au registre du personnel ;
- les attestations de suivi de la formation « Gestion de la violence et de l'agressivité » réalisée le 26 janvier, le 3 février et le 14 février 2023 concernent quatre IDE qui ne

figurent ni au registre du personnel, ni au tableau des salariés des unités d'hospitalisation.

Remarque 15 : La mission a reçu les preuves de formation de vingt-trois professionnels qui ont quitté l'établissement depuis le suivi des formations.

8. Organisation de l'hospitalisation complète des enfants et adolescents

8.1. Structuration des unités d'hospitalisation

La mission n'a pas intégré à son analyse l'ULPIJ, ayant dédié spécifiquement celle-ci aux quatre unités d'hospitalisation complètes pour enfants et adolescents en prenant en compte, au jour de la mission, l'état de leur structuration et de leurs modalités d'hospitalisation :

Côté enfants : deux unités distinctes sont regroupées depuis septembre 2024 dans le même bâtiment, mutualisant l'encadrement de proximité (même psychiatre responsable et même cadre de santé) :

- l'unité Dolto a déménagé depuis septembre 2024 dans le bâtiment de l'unité Winnicott et fonctionne en mode dégradé avec sept lits ouverts contre dix autorisés, étant donné les postes vacants d'IDE et de pédopsychiatre. Elle accueille des enfants pour trois types de séjours : des séjours d'observation de trois semaines, des séjours de prise en charge séquentielle de deux à trois semaines par séjour et des séjours dit « passerelle » de six semaines renouvelables d'après le projet de l'unité (c.f.10.1.3. Le projet des quatre unités : le tableau des schémas d'hospitalisation analysés et synthétisés par la mission). Ces séjours dits « passerelle » ne figurent pas dans la présentation de l'unité sur le site internet du GHT¹⁷ : L'unité accueille des enfants dès quatre ans et jusqu'à douze ans ;
- l'unité Winnicott (anciennement dédoublée en Winnicott verte et Winnicott bleue) est réduite depuis septembre 2024 de dix à sept lits, comme l'unité Dolto, à cause des postes vacants d'IDE et de pédopsychiatre. Elle accueille des enfants de quatre à douze ans pour des séjours d'observation de deux semaines ou de prise en charge de 6 semaines d'après le projet de l'unité. Le site internet du GHT¹⁸ ne mentionne pas les séjours de prise en charge de 6 semaines ;

Côté adolescents :

- l'unité Bourneville¹⁹ dont le projet prévoit des séjours en trois phases (phase d'observation de quatre semaines, phase de prise en charge d'une durée non déterminée et phase finale d'une durée non déterminée). Le site internet du GHT précise qu'elle peut « accueillir jusqu'à 10 adolescents âgés de 13 à 18 ans, et pour une durée d'hospitalisation variant de 9 à 12 mois » ;
- l'unité d'évaluation et de traitement (UETA) de 10 lits est issue du regroupement des deux anciennes unités Klein et Haag. Elle accueille des adolescents entre 15 et 18 ans souffrant de troubles psychotiques, sans durée explicite de séjour sur le site internet du GHT, alors que le projet d'unité décline l'hospitalisation courte (4 semaines), longue (3 mois renouvelables une fois) et séquentielle (3 semaines renouvelables). L'UETA, qui a été ouverte en janvier 2025, a été transformée au 1^{er} janvier 2026 en une unité « post-urgence » pour fluidifier les parcours en sortie d'hospitalisation d'urgence, notamment au sein de l'ULPIJ.

Remarque 16 : Les présentations des unités sur le site internet du GHT ne donnent pas les mêmes informations sur les modalités d'hospitalisation que celles prévues par les projets d'unité transmis.

¹⁷ <https://www.psyparis.fr/structures-soins/uh/enfant-adolescent/unite-dolto>

¹⁸ <https://www.psyparis.fr/structures-soins/uh/enfant-adolescent/unite-winnicott>

¹⁹ <https://www.psyparis.fr/structures-soins/uh/enfant-adolescent/unite-soins-adolescents-usa-bourne0ville>

L'action n°1 du plan en douze actions pour la promotion des bonnes pratiques d'apaisement annonçait que le dossier d'autorisation permettrait de "repenser les projets des unités".

Le dossier d'autorisation soumis à la validation de l'ARS le 23 décembre 2025, que la mission a pu consulter, confirme la restructuration annoncée par tranche d'âge et types de prise en charge ainsi que l'ouverture de l'unité 10 lits post-urgence. Et d'autres évolutions sont proposées, que le tableau ci-dessous synthétise.

Tableau 7 : Tableau récapitulatif des évolutions des quatre unités (plus l'ULPIJ) de la demande d'autorisation du 23/12/2025

Tranche d'âge et types de prise en charge	Lits autorisés	Lits ouverts	Lits fermés	Lits proposés dans la demande d'autorisation
Urgences (enfants et adolescents : 8 lits)	8	8 (ULPIJ)		10 lits pour l'ULPIJ : +2 lits ouvriront après des travaux
Adolescents de 12 à 17 (voire 25 ans pour les grands adolescents, jeunes adultes (GAJA))	30	10 (UETA)		10 lits pour une nouvelle unité « post-urgence » annoncée ouverte le 1er janvier 2026
		10 (Bourneville)		10 lits d'hospitalisation de courte durée programmée pour adolescents de 13 à 17 ans
		10 (ex unité Haag)		10 lits du projet grands adolescents et jeunes adultes (GAJA)
Enfants de 9 à 12 ans	20	7 (Winnicott)	13 (dont 3 pour fonctionnement dégradé et 10 de la fusion des deux Winnicott bleue et verte)	10 lits pour des enfants de 9 à 12 ans
				10 lits transformés pour la plateforme TND
Enfants de 5 à 8 ans	10	7 (Dolto)	3 (fonctionnement dégradé de Dolto)	8 lits pour des enfants de 5 à 8 ans (2 des 10 lits reconvertis en une chambre double pour les familles)
Total	68	42	26	58

Les propositions d'évolution faites dans la demande d'autorisation, comprennent :

- une réorganisation par âge et indications médicales, en cohérence avec la réforme des autorisations ;
- une diminution des lits d'hospitalisation complète pour proposer des alternatives à l'hospitalisation complète : la modalité d'hospitalisation de courte durée programmée pour les 10 lits de 13 à 17 ans de l'actuelle unité Bourneville ;
- un accent sur la crise et l'urgence, une meilleure articulation des parcours pour éviter leur rupture, notamment :
 - après l'hospitalisation en urgence à l'ULPIJ grâce à l'unité post-urgence de 10 lits ;
 - entre l'adolescence et l'âge adulte avec le projet GAJA ;
- la prise en compte des familles avec la chambre famille de l'unité pour les enfants de 5 à 8 ans.

La présentation de ces projets dans le dossier d'autorisation ne comporte aucune évaluation de leur capacité réelle à être mis en œuvre, notamment au regard des difficultés d'effectifs

et de recrutement, alors même que la demande d'autorisation inclut un état des lieux des ressources humaines conduisant à des tensions importantes.

8.2. Ouverture des unités et occupation des lits

D'après les tableaux recensant le nombre de patients par unité par jour en 2025 transmis à la mission, celle-ci a compté que :

- l'unité Dolto a fermé 153 jours et a donc été ouverte 212 jours, soit une disponibilité annuelle de l'unité (212/365) de 58,1%. Sur 7 lits (fonctionnement dégradé au lieu de 10 lits), seuls 3 à 5 ont été occupés ;
- l'unité Winnicott a fermé 159 jours et a donc été ouverte 206 jours, soit une disponibilité annuelle (206/365) de 56,4%. Sur 7 lits (fonctionnement dégradé au lieu de 10 lits) de 4 (à la rentrée en septembre) à 7 lits ont été occupés ;
- l'unité Bourneville a fermé 117 jours et a donc été ouverte 248 jours, soit une disponibilité (248/365) de 67,9%. Sur 10 lits, de 2 au minimum à 8 lits au maximum ont été occupés ;
- l'UETA a fermé 119 jours et a donc été ouverte 246 jours, soit une disponibilité annuelle (246/365) de 67,4%. Sur 10 lits, de 2 à 7 lits ont été occupés.

Remarque 17 : Avec cinq lits d'occupés au maximum en 2025, l'unité Dolto a eu une activité encore plus faible que celle prévue par son fonctionnement dégradé (à 7 lits au lieu de 10).

Le livret d'accueil et le site internet n'annoncent pas aux parents et aux jeunes les variations d'ouverture des différentes unités d'hospitalisation.

La mission note que, parmi les garanties données au personnel de la Fondation Vallée, synthétisées lors du Conseil de surveillance du 30 avril 2024 (cf. 4.5), figure le maintien d'un fonctionnement adapté au rythme scolaire (hospitalisation de semaine, fermetures pendant les vacances).

Remarque 18 : Les unités qui ferment les week-ends et pendant les vacances fonctionnent plus comme des structures médico-sociales (IME, ITEP) que comme des unités d'hospitalisation.

Remarque 19 : En l'absence de mention, sur le site internet de l'établissement, dans le livret d'accueil ou dans les projets d'unité, des calendriers, pourtant distincts, d'ouverture des unités d'hospitalisation pour enfants et adolescents, le défaut d'information et de formalisation, déjà relevé par la Chambre régionale des comptes dans son rapport de 2022, demeure.

8.3. Admissions

Sur les cinquante-deux demandes d'admission adressées à l'unité Dolto en 2025, pour laquelle la mission a concentré son analyse par échantillonnage:

- dix-huit enfants ont été admis (35%) ;
- dix ont été placés sur liste d'attente (20%) ;
- dix sont classés « à programmer à la demande » (20%), mais aucun de ces jeunes n'a finalement bénéficié d'un séjour.

Remarque 20 : Des dix demandes d'admission (sur cinquante-deux) à l'unité Dolto en 2025 mises sur liste d'attente et des dix classées "à programmer à la demande", aucun de ces jeunes n'a bénéficié d'une hospitalisation.

Les cinquante-deux demandes proviennent des orienteurs suivants :

- les centres médico-psychologiques (CMP) avec vingt-neuf demandes (55,8% des demandes)²⁰ ;
- les centres médico-psycho-pédagogiques avec quatre demandes ;
- les hôpitaux de jour avec quatre demandes ;
- une unité de jour à temps partiel (UJTP) avec deux demandes ;
- de structures médico-sociales avec cinq demandes provenant d'un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), d'un institut médicoéducatif (IME), d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile, d'une maison d'enfants à caractère sociale et une du dispositif de diagnostic et d'intervention médico-sociale pour l'aide à l'enfance (DDIMA) ;
- de centres hospitaliers avec deux demandes de l'hôpital intercommunal de Créteil et du de l'hôpital Bicêtre ;
- de professionnels libéraux avec quatre demandes (deux psychiatres libéraux, un psychologue libéral et une demande directement par une mère qui est médecin libéral ;
- [REDACTED] des unités d'hospitalisation du CHS FV eux-mêmes qui sont à l'origine de deux demandes d'admission, dont une qui a conduit à une admission (le 22 septembre 2025), la seconde est restée à l'état de « à programmer à la demande ».

Les profils cliniques des jeunes orientés sont très hétérogènes, allant de troubles du comportement à des situations associant TSA, troubles dissociatifs de l'identité (TDI) et troubles du comportement. La mission relève toutefois que plusieurs demandes ne comportaient pas de données cliniques renseignées. Parmi celles-ci, 6 jeunes sur les 18 admis ont été hospitalisés malgré l'absence d'informations cliniques précises dans leur dossier initial.

La mission relève plusieurs incohérences entre le tableau des admissions et le tableau des mouvements réels des patients de l'unité dans la mesure où des jeunes qui ont été hospitalisés au tableau des mouvements ne sont pas présents dans le tableau des admissions (un jeune hospitalisé du 6 au 24 janvier 2025 et une jeune hospitalisée du 12 au 30 mai 2025). Par ailleurs, un jeune est, au tableau des admissions, indiqué « en liste d'attente » alors qu'il a été hospitalisé effectivement au tableau des mouvements du 28 avril au 16 mai.

Remarque 21 : L'absence de profils cliniques documentés pour six des dix-huit jeunes admis à l'unité Dolto, les incohérences entre le tableau des admissions et celui des mouvements (deux hospitalisations non renseignées, un jeune indiqué « en liste d'attente » alors qu'il a été hospitalisé), l'origine non précisée de deux demandes montrent que les décisions d'admission ne reposent pas sur des critères objectifs, transparents et traçables. Cette situation est d'autant plus problématique que seules dix-huit des cinquante-deux demandes ont été satisfaites bien que des lits ouverts soient inoccupés.

²⁰ dont vingt-deux des CMP du secteur « I-06 » et sept hors secteur (six de CMP des Hauts-de-Seine (3 du CMP d'Issy-les-Moulineaux, une du CMP de Boulogne-Billancourt, une du CMP d'Antony, une du CMP de Plessis-Robinson) et une demande d'un CMP de Paris (CMP Binet, Paris 13))

8.4. Durées de séjour

Les durées de séjour constatées l'ont été à partir de l'analyse du tableau des mouvements de 2024 et 2025 des unités Dolto et Winnicott, la mission ayant choisi de concentrer son analyse des durées de séjour sur les unités pour enfants.

Au sein de l'unité Dolto :

- en 2024, trente-deux enfants ont été hospitalisés, pour une durée moyenne de séjour de 2,18 mois. Les cinq séjours les plus longs étaient de 672 jours (22,40 mois), 537 jours (17,90 mois) (ces deux jeunes ont été hospitalisés de 2024 à 2025), de 202 jours (6,73 mois), de 80 jours (2,67 mois) et de 52 jours (1,73 mois) ;
- en 2025, vingt-et-un enfants ont été hospitalisés, pour une durée moyenne de séjour de 4,35 mois. Les cinq séjours les plus longs étaient de 672 jours (22,40 mois), 537 jours (17,90 mois) (ces deux jeunes ont été hospitalisés de 2024 à 2025), 284 jours (9,47 mois), 197 jours (36,57 mois) et 134 jours (4,47 mois).

Au sein de l'unité Winnicott :

- en 2024, quatorze enfants ont été hospitalisés avec une durée moyenne de séjour de 8,50 mois (250 jours). Les cinq séjours les plus longs étaient de 565 jours (18, 83 mois), 411 jours (13,70 mois) (ces deux jeunes ont été hospitalisés de 2024 à 2025), de 372 jours (12,40 mois) (ce jeune a eu un premier séjour séquentiel en 2024 ; il est le seul à avoir eu des séjours séquentiels), 348 jours (11, 60 mois) et 333 jours (11,10 mois) ;
- en 2025, dix enfants ont été hospitalisés avec une durée moyenne de séjour de 9,24 mois. Les cinq plus longs séjours étaient de 565 jours pour deux séjours commencés en 2024 (18,83 mois), de 411 jours soit 13,70 mois (jeune hospitalisé de 2024 à 2025), de 33 jours (11,10 mois) et de 348 jours (11,60 mois).

Remarque 22 : Les durées moyennes de séjour réellement observées (8,50 mois en 2024 et 9,24 mois en 2025 à Winnicott, 2,18 mois en 2024 et 4,35 mois en 2025 à Dolto) s'écartent fortement des durées annoncées de quelques semaines dans les documents institutionnels (site internet, livret d'accueil, projet d'unité). Ces durées, atteignant parfois près de deux ans plus les plus longs séjours (672, 565 ou 537 jours), correspondent davantage à celles observées en structures médicosociales (IME, ITEP) qu'à celles attendues en hospitalisation complète pédopsychiatrique.

La mission constate plusieurs sorties définitives au moment de la fermeture estivale. Ainsi le 26 juillet 2025, quatre jeunes de l'unité Winnicott et sept de l'unité Dolto ont quitté définitivement leur unité et ne sont pas revenus à la rentrée.

Remarque 23 : Lors de la fermeture estivale d'un mois (du 26 juillet au 25 août en 2025), plusieurs séjours ont pris fin, ce qui dénote des sorties moins liées à une évolution de l'état clinique qu'à des logiques d'organisation interne, et crée une inégalité de traitement.

8.5. Hébergement

Lors des entretiens, un élément est ressorti de manière unanime : les professionnels s'accordent sur la grande complexité des situations des enfants pris en charge, marquée par l'intrication de troubles psychiques et psychiatriques, par des relations intrafamiliales elles-mêmes complexes (la majorité des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance) et accentuée par des difficultés sociales importantes.

Pourtant, les enfants doivent, à la fois sur décision médicale et en lien avec l'organisation, réintégrer leurs familles (ou foyers) tous les week-ends, une semaine lors des vacances en cours d'année scolaire et un mois l'été, sans que soit mis en place de dispositif de retour au sein des unités en cas de crises. En effet, en cas de nécessité d'hospitalisation, il est explicitement écrit dans le livret d'accueil, que les familles doivent se rendre aux urgences avec leur enfant, une admission ne pouvant être faite directement dans les unités.

Remarque 24 : Les modalités actuelles de retours réguliers en famille ou en foyer, sans dispositif de réintégration en unité en cas de crise, ne sont pas cohérentes avec la complexité, énoncée lors des entretiens, des situations des enfants pris en charge.

Les enfants sont accueillis en hospitalisation complète au sein des unités le lundi à partir de 9 heures et quittent l'unité le vendredi à 13 heures avec des échelonnements puisque certains jeunes n'arrivent que le mardi à l'unité Dolto. Sur cette période, il a été indiqué à la mission que les parents ne sont pas admis dans les unités, ni dans les chambres et ne retrouvent leur enfant qu'au moment de la sortie.

Les parents peuvent toutefois être reçus dans l'établissement lorsqu'un entretien est programmé avec l'équipe pluridisciplinaire ou les médecins. Ces rencontres se déroulent dans un bureau dédié ou une salle de réunion.

S'agissant des contacts à distance, les enfants bénéficient d'un appel téléphonique autorisé le mardi. Un second appel peut être envisagé à la demande de l'enfant (noté d'emblée sur certains plannings d'enfant) et après avis du médecin (voir 6. Le droit des patients). Les critères formalisés permettant de valider ou non ce second appel n'ont pas pu être présentés à la mission.

Remarque 25 : L'absence de critères partagés et opposables pour l'autorisation d'un second appel ne permet pas d'apprécier la prévisibilité, l'équité de traitement entre enfants, ni la traçabilité des décisions, alors même que ces éléments participent de l'information des représentants légaux et de la qualité et de la sécurisation des pratiques.

À son arrivée, l'enfant hospitalisé dispose d'un planning intégrant :

- les temps structurants de la journée (repas, coucher/lever) ;
- les activités proposées, annoncées comme adaptées à l'âge et à la situation de l'enfant.

La réglementation ne prévoit pas, en tant que telle, l'obligation explicite d'un « planning individualisé » au format strict pour chaque enfant. L'établissement en élabore cependant un pour chaque enfant et la mission considère qu'un planning individualisé constitue en effet une bonne pratique et un support opérationnel utile pour :

- favoriser la lisibilité de l'organisation quotidienne par les professionnels, l'enfant et les représentants légaux ;
- objectiver la mise en œuvre de certains engagements (notamment information des familles, continuité de la scolarisation, activités thérapeutiques/éducatives) ;
- faciliter l'évaluation de la prise en charge et la continuité des interventions.

Les plannings sont affichés et accessibles.

Les plannings transmis sont hétérogènes, tant sur la forme que sur le contenu. Les éléments communs identifiés concernent principalement les horaires d'arrivée et de départ. Les autres rubriques varient selon les unités et les enfants.

L'analyse de ces plannings met en évidence les éléments suivants :

- les temps de scolarisation (en interne ou en externe) sont identifiés lorsqu'ils existent ;
- une absence d'activité est constatée le lundi matin entre 9 h et 11 h, parfois jusqu'à 12 h, hormis pour les enfants bénéficiant d'un temps scolaire ;
- les activités proposées apparaissent diversifiées et globalement adaptées à l'âge ;
- les activités de l'après-midi débutent le plus souvent à 15 h et se terminent vers 16 h (avec une exception mentionnée pour un enfant ayant une activité après le goûter) ;
- les temps d'appel aux parents peuvent figurer sur certains plannings ;
- les plannings comportent des mises à jour manuscrites, avec mention d'éléments de datation dans les documents transmis.

La mission constate que certains enfants peuvent connaître des séquences prolongées sans activité programmée. [REDACTED]

- [REDACTED]

Pendant ces temps sans activité, des rencontres avec les médecins et les psychologues peuvent être réalisées, mais sans anticipation, ni organisation régulière et formalisée de temps thérapeutique d'après les constats croisés de la mission. Aussi cet enfant reste donc régulièrement sans occupation, sans décision de l'équipe pluridisciplinaire.

Remarque 26 : Les séquences sans activité, lorsqu'elles ne sont pas justifiées (état clinique, nécessité de repos, modalités thérapeutiques spécifiques), exposent à un risque de désœuvrement et interrogent la capacité de l'unité à proposer une structuration cohérente de la journée au regard de l'âge et des besoins des enfants accueillis et de leur projet thérapeutique.

Bien que les activités apparaissent multiples, la mission relève l'absence, dans les éléments transmis, de planification annuelle des activités et de fiches de présentation permettant d'objectiver :

- le bien-fondé de l'activité (finalités thérapeutiques/éducatives) ;
- les objectifs poursuivis ;
- les modalités de mise en œuvre (fréquence, encadrement, conditions matérielles) ;
- les modalités d'évaluation ;

- les critères d'indication (enfants susceptibles d'en bénéficier au regard de leur projet de soins).

Remarque 27 : L'absence de planification des activités et de leur formalisation au sein de fiches de présentation ne permet pas d'apprécier la cohérence entre activités, objectifs de prise en charge et besoins individualisés, ni de vérifier l'existence d'une démarche d'évaluation.

Par ailleurs, lors de la visite d'un espace de détente au premier étage de l'unité Dolto/Winnicott (présence d'une télévision), la mission a constaté la présence de peluches d'enfants identifiées en entretien comme des « doudous », accrochées au plafond, sans possibilité de les récupérer sans l'usage d'une échelle.

Remarque 28 : Compte tenu de l'âge des enfants et de l'éloignement des parents sur la semaine, l'accessibilité effective aux objets de réassurance (tels que les doudous) constitue un élément de sécurisation émotionnelle. L'organisation matérielle constatée expose à une limitation pratique de cet accès et interroge la prise en compte des besoins affectifs au quotidien.

En dehors des activités, les enfants disposent de l'accès à :

- leur chambre sur demande ;
- des espaces extérieurs avec jeux ;
- des espaces de détente.

Lors de la visite, une chambre a particulièrement retenu l'attention de la mission. Elle comportait :

- un lit ancien en bois, sans matelas, au fond de la pièce ;
- un matelas au sol près de la porte ;
- une odeur d'urine marquée constatée vers 15h00.

Interrogés sur place, les professionnels présents n'ont pas apporté d'éléments permettant de comprendre de manière suffisamment précise :

- la raison du couchage au sol ;
- son lien avec le projet de l'enfant et les objectifs de soins ;
- les modalités d'évaluation et la durée prévue de cette organisation ;
- les dispositions prises pour l'hygiène et le changement de la literie.

Remarque 29 : Les observations de la mission sur l'une des chambres dénotent un défaut de coordination et de traçabilité autour d'un aménagement qui ne respecte pas la dignité de l'enfant, un droit prévu par l'article L.1110-2 du CSP et la charte du patient hospitalisé.

8.6. Réunions

Afin d'organiser la prise en charge au quotidien, plusieurs temps de réunion sont programmés notamment :

- pré-réunion projet le lundi matin (9h–11h) ;
- réunion d'équipe le mercredi (13h–15h) ;
- réunion de coordination et réflexion le vendredi (13h–15h) ;
- réunions de synthèse (mardi après-midi) ;

- réunions cliniques.

La mission relève que, durant les temps de réunion, les enfants sont accompagnés par un effectif réduit voire par un seul professionnel par unité, parfois assisté d'un stagiaire.

Pour exemple, une réunion pluridisciplinaire se tient sur le temps d'accueil du lundi matin, au moment où les enfants arrivent dans l'unité. Or, les enfants accueillis sont jeunes et peuvent découvrir un environnement nouveau, nécessitant un temps d'accueil renforcé et sécurisant.

Les entretiens conduits par la mission confirment que certains enfants présentent des troubles nécessitant un encadrement soutenu. Toutefois, la réduction ponctuelle des effectifs auprès des enfants pendant ces réunions est décrite comme habituelle (« fonctionnement historique »).

Remarque 30 : La tenue de réunions sur des temps de présence des enfants réduit le taux d'encadrement et donc la qualité et la sécurité de la prise en charge.

9. Pratiques d'isolement et de contention et la gestion de la violence

9.1. Champ, méthodologie et sources

9.1.1. Périmètre de l'analyse

Ce chapitre couvre l'analyse des pratiques d'isolement et de contention, ainsi que l'organisation de l'apaisement et de la prévention de la violence, au sein des quatre unités d'hospitalisation de semaine de la Fondation Vallée (Dolto, Winnicott, Bourneville, UETA), hors ULPIJ, sur la période du 1er janvier au 18 novembre 2025. Par convention, elles seront ci-après nommées UEAG (unités enfants adolescents du site de Gentilly).

9.1.2. Sources exploitées et limites

La mission s'est appuyée sur : les comptes rendus du groupe de travail « Isolement–Contention–Apaisement » (ICA), l'extraction des enregistrements d'isolement issue du dossier patient informatisé via le logiciel [REDACTED] fichier [REDACTED]²¹), des documents internes (procédures, politiques, CR d'instances), des échanges de courriels, des entretiens menés auprès des professionnels et des signalements reçus à l'ARS IDF. Les données issues de [REDACTED] présentent des limites de fiabilité et d'exhaustivité²² : les indicateurs doivent être considérés comme a minima.

Des professionnels ont confirmé que certains isolements n'étaient jamais tracés, et qu'un adolescent a été enfermé chaque nuit (au moins sur l'année 2025), sans traçabilité, comme l'attestent un signalement, l'entretien avec un professionnel de l'unité et l'état de la serrure, non ouvrable de l'intérieur le jour de l'inspection.

9.2. Cadre juridique et référentiels applicables

La protection des mineurs hospitalisés en psychiatrie d'une part, l'isolement et la contention d'autre part sont strictement encadrés par un ensemble de normes internationales et nationales qui s'imposent aux établissements de santé. L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique dispose notamment que : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.* ». S'agissant spécifiquement des mineurs, la prise en charge en psychiatrie en soins sans consentement ne peut l'être que sur décision du représentant de l'Etat, tout autre forme d'hospitalisation est considérée libre.

Si, face à certaines situations extrêmes avec des risques graves et imminents pour la sécurité des patients et des professionnels, une partie des psychiatres considèrent toutefois que ce cadre est trop restrictif (sans que ceci soit un avis sur le corps de règle applicable qu'il

²¹ Un extrait du fichier transmis et de son analyse par la mission figure en annexe 14.5

Au travers de signalements reçus à l'ARS IDF et lors de plusieurs entretiens, il a été indiqué que certaines mises en isolement n'étaient pas du tout tracées, en particulier lorsqu'elles étaient effectuées en chambre. Les signalements ont notamment concerné l'unité Bourneville, où des adolescents auraient été régulièrement enfermés dans leur chambre en soirée par l'équipe de jour, créant des tensions avec l'équipe de nuit qui refusait la pratique. Il en est également ainsi d'un patient de l'UETA qui aurait été systématiquement enfermé dans sa chambre la nuit et pour lequel aucune traçabilité de mise en isolement la nuit n'a été retrouvée. Le jour de l'inspection, la serrure de sa chambre n'avait pas été remplacée.

n'appartient pas à la mission de discuter), il convient de souligner que de telles mesures nécessitent une justification médicale étayée et formalisée, un encadrement strict et une traçabilité rigoureuse auxquels il n'est pas possible de déroger compte tenu des atteintes graves aux droits fondamentaux des enfants que constituent ces mesures, notamment leur sécurité et leur bien-être.

Par ailleurs, en matière de pratique et de traçabilité, le groupe de travail a décidé que le cadre juridique des isolements d'adultes devait a minima s'appliquer²³.

De plus, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS) sont citées en référence par l'établissement.

9.3. Gouvernance et pilotage de la thématique de l'ICA

9.3.1. Instances et organisation du pilotage

Depuis 2021, un travail régulier est conduit au sein de la FV via un groupe dédié, devenu sous-commission Isolement Contention Apaisement (ICA) rattachée à la CME du groupe hospitalier Fondation Vallée – Paul Guiraud²⁴.

9.3.2. Documents de cadrage

Un document intitulé « Politique en faveur de la réduction du recours et de la durée à l'isolement et à la contention – V10 (mai 2022) » prévoit notamment la tenue d'un registre des isolements, un rapport annuel présenté en CME et en CDU, et la diffusion régulière d'indicateurs auprès des responsables médicaux et soignants²⁵. Il ne mentionne pas la FV ni la prise en charge des enfants et adolescents.

9.3.3. Axes de travail définis en 2021 (rappel des décisions initiales)

Entre 2021 (prise de connaissance du cadre juridique) et 2025 (décision d'application), l'établissement a arrêté cinq axes structurants pour réduire le recours aux espaces de repos sécurisés (ERS) :

- traçabilité et motivation des prescriptions (exhaustives et argumentées) ;
- travail sur les pratiques (actualisation de la procédure ERS et recueil des pratiques par unité) ;
- rénovation des ERS ;
- création d'un espace d'apaisement dans chaque unité (après expérimentation) ;
- formations du personnel à la gestion de la violence, à la désescalade et à l'isolement.

²³ CR Prévention des situations de violence du 19/03/2024 : « Mme X indique qu'il n'y a pas de réglementation concernant la contention physique sur mineur mais que lorsqu'il y a une justification médicale pour le patient il est important d'appliquer les mêmes directives que pour les adultes. »

²⁴ Au cours du temps, ces réunions ont pris des dénominations différentes (en 2021 : « Réunion Isolement et Contentions » ; « Prévention des situations de violence » en 2023 ; « Sous-commission Isolement Contention Apaisement » en février 2025 ; complétées par un « Comité de suivi – isolement psychiatrie de l'enfant et adolescent » en septembre 2025 ;

²⁵ Extrait de la « Politique en faveur de la réduction du recours et de la durée à l'isolement et à la contention Mai 2022 – V10 », initialement rédigée pour le CH PG et toujours en cours d'application en 2025 :

« 3-2 niveau d'appui :

Le DIM diffuse les indicateurs par service sur l'utilisation de l'isolement et la contention auprès de l'encadrement médical et paramédical.

Il produit, sous la responsabilité du président de la CME, le rapport annuel des mesures d'isolement et de contention.

La sous-commission Isolement Contention Apaisement, analyse le registre des mesures d'isolement et de la contention et est le garant de la politique en faveur de la réduction du recours et de la durée à l'isolement. Elle formalise les règles de bonnes pratiques, propose un plan d'actions d'amélioration et réalise son suivi.

La CDU analyse et émet un avis sur le rapport annuel sur les mesures d'isolement et de contention. »

9.3.4. Décisions et chronologie interne (2021–2025)

Si la connaissance de l'inapplicabilité du régime adulte aux mineurs est ancienne (2021), le groupe de travail ICA n'a jamais formulé, avant la date de l'inspection, la volonté de supprimer la pratique des isolements. L'objectif a toujours été de la maintenir dans un cadre strict. La décision de suppression des isolements en pédopsychiatrie au sein de la FV émane de la direction de l'établissement GH FV-PG et est formalisée à l'été-automne 2025 (CODIR du 11 août 2025, relayée par le courriel d'un médecin de septembre 2025²⁶). Mais la mise en œuvre n'est effective qu'après réception du courrier du DG ARS du 7 octobre 2025.

En effet, l'inspection du 17 et 18 novembre 2025 est intervenue dans un contexte de mise en demeure administrative récente de l'établissement par l'ARS IDF :

- 7 octobre 2025 : réception par l'établissement d'une mise en demeure du DG ARS (cf. annexe 14.4) de faire cesser les enfermements non conformes et de s'assurer de l'absence de dispositifs de verrouillage inappropriés (portes/chambres/locaux) ;
- 7 novembre 2025 : transmission par l'établissement d'un courrier et d'un plan d'action visant l'arrêt des pratiques d'enfermement et la mise en conformité.

9.4. Organisation des pratiques et environnement matériel

9.4.1. Procédures internes applicables

Une procédure « Isolement thérapeutique – Fondation Vallée » (version 17/01/2025, désormais considérée comme n'étant plus en vigueur, au moment de sa transmission), rédigée par deux médecins et une IDE, validée par [REDACTED] détaille les modalités de prescription et de confirmation :

- possibilité d'initiative par l'équipe en l'absence de médecin ;
- confirmation médicale dans l'heure et régularisation par un psychiatre sénior dans les 12 heures si prescription initiale par un interne ;
*« Lorsque le médecin évalue qu'il est nécessaire de mettre le patient dans l'espace d'isolement, il informe l'équipe et établit la prescription. Le soir ou le week-end, c'est l'interne d'astreinte qui est sollicité pour cette décision.
En cas de placement en isolement réalisé par l'équipe soignante en l'absence de médecin sur place, la pertinence de la mesure doit être réévaluée par un médecin psychiatre ou l'interne d'astreinte lors d'un examen clinique du patient dans l'heure.
Si la mise en isolement est prescrite par l'interne d'astreinte, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans les 12h qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient. »*

Dans le préambule de la procédure, s'il est bien indiqué que l'isolement doit être une pratique de « dernier recours », il n'est pas rappelé qu'elle est interdite pour les mineurs, ni même mentionné que l'établissement vise à la supprimer.

Quant au document sur la politique d'isolement, il mentionne que le patient doit pouvoir à tout moment sortir de sa chambre²⁷.

²⁶ Le mail du 19/09/2025 d'un médecin responsable de pôle aux membres des trios d'unité fonctionnelles (médecin ; cadre de santé ; psychologue) et à ses collègues médecins hors du pôle hospitalisation de proximité, dont l'objet est « suppression des ERS (espaces repos sécurité) », atteste de l'engagement de cette démarche. Il est précisé : « Suite à la Certification, le Directeur a décidé la suppression des chambres d'isolement en pédopsychiatrie sauf à l'ulpij ».

²⁷ Extrait du document « Politique en faveur de la réduction du recours et de la durée à l'isolement et à la contention - Mai 2022 – V10 » : « Avec l'accord du patient, sa chambre, dont il peut sortir à tout moment, peut également être utilisée dans un accompagnement soignant de désescalade. »

9.4.2. Environnement matériel

Au jour de l'inspection,

- chaque unité disposait d'un « espace repos sécurisé » (ERS), dédié à l'isolement ;
- l'équipement des ERS ne respectait pas les RBPP (pas d'accès aux sanitaires, pas de système d'appel, pas de repères temporels visibles) ;
- seules deux unités sur quatre disposaient d'une salle d'apaisement opérationnelle ;
- si, dans les suites de la mise en demeure du DG ARS du 7 octobre 2025 (cf. annexe 14.4), l'établissement a procédé au remplacement de la plupart des serrures des chambres afin qu'elles puissent être ouvertes de l'intérieur, la mission a toutefois constaté que la serrure de la chambre d'un jeune patient de l'UETA, qui faisait l'objet de mises en isolements régulières et dont plusieurs témoignages ont alerté sur des enfermements la nuit, n'avait pas été modifiée.

Écart 7 : Les disponibilités partielles d'espaces d'apaisement au sein des UEAG, le maintien d'ERS ne répondant pas aux exigences d'environnement (notamment dispositif d'appel, accès sanitaire, repères temporels) et la présence de dispositifs de verrouillage non ouvrables de l'intérieur d'une chambre constatée, ne sont pas conformes à la loi (art. L32112 du CSP), aux RBPP applicables (HAS 2017 : « Isolement et contention en psychiatrie générale ») et aux engagements de l'établissement.

9.5. Données, traçabilité et dispositifs de contrôle des isolements

9.5.1. Production et diffusion des indicateurs

- Les extractions ██████ n'ont pas été diffusées au sein de la FV avant le 19 septembre 2025 (aucune traçabilité dans les différents CR de pilotage ou de groupes de travail et manque d'informations unanimement attesté dans les entretiens).
Au moment de leur diffusion, ces données n'ont pas été préalablement analysées. Or cette analyse a nécessité deux jours de reconstitution manuelle de la part de la mission tant les informations étaient fragmentées²⁸. Cette complexité d'exploitation des données sur les isolements explique que les responsables médicaux, paramédicaux et soignants des UEAG n'aient pas eu la capacité d'en tirer des informations pertinentes pour leur pilotage ;
- Auparavant, il avait plusieurs fois été mentionné en groupe de travail ICA qu'il était nécessaire de disposer de ces informations, dont le 25/05/2023 (« *Un indicateur doit être mis en place sur les suivis et le temps en ERS* »), mais aucun plan d'action sérieux ni suivi n'a été engagé sur ce point ;
- De même, dans le CR de la réunion de direction du 14/04/2025, à propos de la certification, il est noté que les données sur les isolements pour la FV sont difficiles à interpréter. Pour autant, aucune mesure corrective ne figure dans la colonne « Suites à donner ».

²⁸ L'information qui y figure n'est pas claire et qu'il nécessite d'être analysé ligne par ligne pour attribuer chaque ligne au bon isolement. Pour une séquence d'isolement, il peut y avoir plusieurs lignes : prescription médicale de mise en isolement ; observation(s) d'IDE ; décision médicale de levée de l'isolement. Et l'horaire à prendre en compte est à rechercher parmi 3 colonnes, qui incluent un horodatage et parfois un horaire spécifique de début ou fin de l'isolement. Il s'agit donc de recréer un fichier Excel™ qui comporte une ligne par isolement ainsi que l'ensemble des informations relatives à la séquence, afin de pouvoir ensuite calculer des durées d'isolement (y compris des durées moyennes) et vérifier qu'une prescription médicale a été réalisée (et si c'est le cas, calculer le délai après le début de la mise en isolement).



9.5.2. Fiabilité et exhaustivité

La fiabilité de ce fichier a été indiquée comme déficiente par l'établissement lors de sa transmission, que ce soit auprès des médecins et responsables des trios en septembre 2025²⁹ ou auprès de la mission d'inspection en novembre 2025³⁰. De plus, le manque d'exhaustivité (déjà évoqué supra) est mentionné à plusieurs occasions, comme lors du CODIR du 17/02/2025, mentionnant qu'aucune prescription d'isolement n'était tracée dans le DPI depuis janvier 2025.

9.5.3. Audits et rapports

Aucun audit des isolements en pédopsychiatrie à la FV n'est retrouvé au jour de l'inspection. Il n'y a pas non plus de rapport annuel spécifique à la FV, malgré les attendus internes.

En réponse à la demande de la mission que lui soit transmis le rapport annuel des isolements et contentions, l'établissement a paradoxalement répondu : « *Formellement, l'article L. 3222-5-1 III du CSP prévoyant la rédaction d'un rapport annuel et l'existence d'un registre n'est applicable que pour les établissements habilités à dispenser des soins sans consentement, ce qui n'est pas le cas de la Fondation Vallée.[...]* ». Ainsi, les responsables de l'établissement s'abritent derrière la réglementation des soins sans consentement pour justifier l'absence de rapport annuel alors qu'il s'agit précisément du périmètre qui limite l'autorisation de pratiquer les isolements pour les mineurs.

Écart 8 : La mise en œuvre d'isolements au sein des UEAG, sans aucune visibilité réelle (absence de registre consolidé opérationnel, d'audits réguliers et de rapport annuel), ni volonté d'analyse de la part de l'encadrement administratif, médical et soignant, ne permet pas de maîtriser les risques et affecte la capacité d'autoévaluation, ce qui aboutit à négliger de traiter une problématique majeure touchant au droit, à la santé et à la sécurité des mineurs accueillis, et contrevient aux articles L. 1110-1³¹ et L. 3222-5-1³² du CSP.

²⁹ Mail du 19/09/2025 d'un médecin à l'ensemble des trios d'unités fonctionnelles : « [...] NB : En pièce jointe, le relevé des mises en CI [NDR : Contention Isolement] depuis le 1er janvier fourni par le Service Qualité. Le traçage n'est pas complet pour certaines séquences. Merci de revoir cela avec les équipes soignantes afin que le traçage soit complet à partir de septembre »

³⁰ Sur l'item 62 Registre des mesures d'isolement, il est noté « [...] La qualité de l'extraction et des informations fournies nous pose question. Nous vous le transmettons néanmoins. »

³¹ Article L. 1110-1 du CSP : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne »

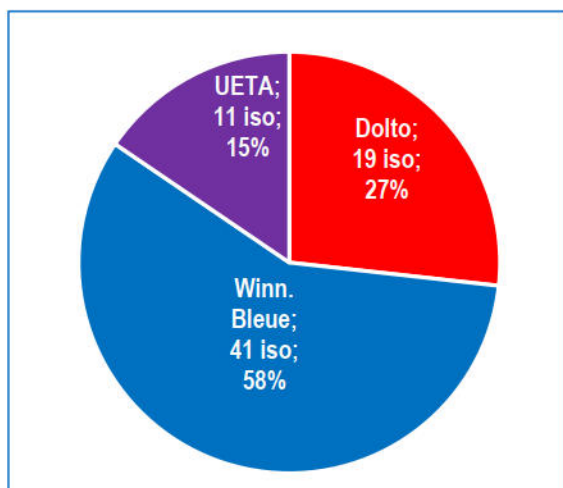
³² Art. L. 3222-5-1 : « I.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement.[...] »

9.6. Résultats descriptifs relatifs aux isolements

Les résultats ci-dessous sont issus de l'exploitation du fichier « isolements » transmis par l'établissement (période 01/01–18/11/2025). Compte tenu des limites de traçabilité, ils doivent être interprétés comme des valeurs minimales, en dessous de la réalité.

9.6.1. Volumes et répartition par unité

- Le fichier sur les isolements recense 71 mises à l'isolement entre le 01/01 et le 18/11/2025, concernant 14 enfants. La traçabilité indique qu'aucun isolement n'est intervenu sur Bourneville³³ Ces isolements concernent avant tout les unités prenant en charge les plus jeunes enfants :



Graphique 1 : Répartition des 71 isolements tracés sur les unités d'hospitalisation d'enfants et adolescents de la FV (hors ULPIJ) du 01/01 au 18/11/2025, ayant concerné au total 14 enfants (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

- Pour les 3 unités concernées par les isolements, la proportion de patients ayant fait l'objet d'au moins un isolement sur la période varie entre 30 et 40% :

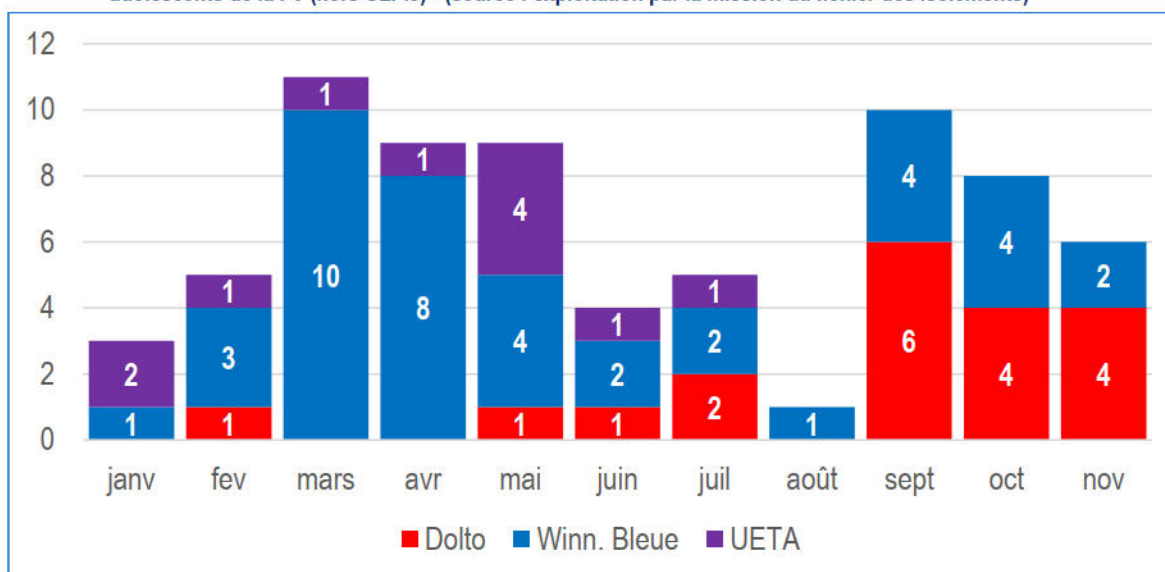
Tableau 8 : Nombre de patients ayant été mis au moins une fois en isolement sur la période du 01/01 au 1/11/2025 (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

Unité	Nb patients ayant été mis au moins une fois en isolement	Nb patients hospitalisés	Proportion de patients ayant été mis en isolement
Dolto	6	20	30%
Winnicott	4	10	40%
UETA	4	10	40%
Bourneville	0	10	0%

- La dynamique des mises en isolement a été constante jusqu'à l'inspection. Les données de janvier et février sont davantage sous-estimées par rapport aux périodes précédentes, la traçabilité des prescriptions d'isolement sur [REDACTED] ayant été interrompue depuis janvier, comme mentionné dans le CODIR du 17 février 2025.

³³ Ce point est sujet à caution, un témoignage ayant indiqué que les équipes de nuit retrouvaient régulièrement les adolescents de Bourneville enfermés dans leur chambre au moment de leur prise de poste du fait de décisions de l'équipe de jour, ce qui a pu donner lieu à des frictions entre équipes lorsque les équipes de nuit remettaient en question cette pratique.

Graphique 2 : Évolution mensuelle du nombre de mises en isolement en 2025, par unité d'hospitalisation d'enfants et adolescents de la FV (hors ULPIJ) - (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)



- Les isolements concernent avant tout les tranches d'âge de 12 à 14 ans et 9 à 11 ans mais ont également été pratiqués pour des 6-8 ans et 15-17 ans :

Tableau 9 : Nombre d'isolements tracés en fonction de la tranche d'âge du mineur - (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

Unité	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-17 ans	Total
Dolto	3	16			19
Winnicott		6	35		41
UETA			2	9	11
Total	3	22	37	9	71

9.6.2. Temporalités et durées

- Les durées moyennes des isolements sont d'environ 71 minutes, plus longues sur les unités accueillant les enfants les plus jeunes :

Tableau 10 : Durées (en minutes) moyennes, minimales et maximales des isolements par unité (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

Unité	Durée moyenne	Durée mini	Durée maxi
Dolto	60	10	125
Winn. Bleue	82	2	192
UETA	42	25	59
Toutes unités	71	2	192

- Les débuts de mesure se concentrent plus spécifiquement entre 11 h et 20 h, avec un pic autour de 16 h.

Tableau 11 : Nombre d'isolements par tranche horaire de début de l'isolement - (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

Heure début	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h
Nb isolets	2	3	4	7	4	6	4	6	9	5	4	6	6

9.6.3. Traçabilité des horaires

- Compte tenu d'une traçabilité défailante (absence de traçabilité du début ou de la fin), il n'a pas été possible d'analyser la durée de 39% des isolements. Cette traçabilité est particulièrement mauvaise pour l'UETA, alors qu'elle est bien meilleure pour Dolto :

Tableau 12 : Défauts de traçabilité (absence de l'horaire de début et/ou de fin) aboutissant à l'impossibilité de calculer la durée de la mise en isolement - (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

Unité	Nb total isolements	Nb calcul impossible	% calcul impossible
Dolto	19	1	5%
Winn. Bleue	41	18	44%
UETA	11	9	82%
Toutes unités	71	28	39%

9.6.4. Conformité procédurale (prescriptions/confirmations/débriefings)

- 41% seulement des isolements sont assortis d'une prescription médicale tracée. Lorsque l'équipe initie la mesure (52% des cas), la confirmation médicale dans l'heure n'est documentée que dans 19% des occurrences. Aucun élément de confirmation à 12 h par un sénior n'a été retrouvé. La tenue d'un débriefing postérieur avec le patient n'est pas tracée de manière systématique³⁴. Il a également été mentionné en entretien que le débriefing avait lieu « pendant l'isolement »³⁵, ce qui indique que la logique de cette approche n'est pas comprise par les équipes.

Tableau 13 : Nombre d'isolements ayant fait l'objet d'une prescription médicale - (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

Unité	Prescr. Médicale	Nb total isolements	% prescr. Médic
Dolto	11	19	58%
Winn. Bleue	17	41	41%
UETA	1	11	9%
Total	29	71	41%

Tableau 14 : Nombre d'isolements initiés par l'équipe et confirmés par une prescription médicale dans l'heure - (source : exploitation par la mission du fichier des isolements)

Unité	Nb total isolements	Nb iso. Initiés/équipe	Nb iso. Confirmés/prescr. Méd ≤60 mn	% iso. Initiés/équipe	% iso. Confirmés/prescr. Méd ≤60 mn
Dolto	19	7	5	37%	71%
Winn. Bleue	41	20	2	49%	10%
UETA	11	10	0	91%	0%
Total	71	37	7	52%	19%

³⁴ Aucune donnée chiffrée n'est disponible à sujet. La mission a pu retrouver, lorsqu'elle a examiné les dossiers médicaux, quelques évocations d'isolements dans les entretiens individuels (mais qui avaient parfois lieu plusieurs jours après l'isolement) mais aucune traçabilité systématique, ni même fréquente, de ce débriefing.

³⁵ Il est recommandé de réaliser le débriefing avec le patient à l'issue de l'isolement dans les 24h après la fin de l'isolement.

Écart 9 : [REDACTED] ne se sont pas assurés de la tenue conforme du dossier médical (prescriptions datées/horodatées, signatures lisibles, décisions motivées) de chaque patient, ni de la supervision des décisions d'isolement initiées par les équipes, ce qui contrevient aux obligations réglementaires de contenu et de traçabilité du dossier (réf. : Art. R.1112-2³⁶ et R.1112-3 du CSP³⁷).

Écart 10 : Malgré l'absence d'exhaustivité et une traçabilité défailante, l'analyse du fichier des isolements révèle un recours massif à l'isolement des mineurs (71 isolements pour 14 enfants) au sein des UEAG, pour des durées prolongées (1h11 min en moyenne), des décisions majoritairement prises par les équipes et un non-respect de l'ensemble de la procédure de mise en isolement. Ces pratiques affectent gravement la qualité et la sécurité de la prise en charge des mineurs accueillis et contreviennent aux articles L.3222-5-1 et L.1110-1 du CSP³⁸.

9.7. Éléments relatifs aux contentions

Le thème de la contention est quasiment totalement occulté des discussions, partant du principe qu'elles sont « très rares ». Aucun suivi fiable ne permet d'en attester.

Et ce point est d'autant plus préoccupant que la mission a retrouvé la mention de contentions physiques dans plusieurs fiches d'événements indésirables, dont voici des extraits

- 01/10/2024 : "Contention. Mis en ERS" ;
- 03/11/2025 : "l'équipe a procédé à une mise en contention immédiate" ;
- 27/11/2024 : "Nous avons dû le contentionné (sic) avec une couverture" ;
- 07/10/2024 : "Les soignantes ont dû intervenir pour une contention physique" ;
- 01/10/2024 : "je m'interpose et me blesse lors de la contention" ;
- 26/09/2024 : "contention physique au sol". ;
- 02/09/2024 : "Contention et renforts appelés pour une mise en ERS" ;
- 23/04/2024 : "Nous décidons alors de réaliser une contention durant laquelle deux soignantes sont blessées" ;
- 26/03/2024 : "enfant contentionné de nouveau sur son lit et mise en ERS , mais lors de cette deuxième contention une autre soignante se fait tordre le poignet violemment".

Si certaines des situations décrites peuvent correspondre à une volonté de contenir le patient avant qu'il soit mis en ERS, l'usage du terme « contention » pouvant induire une analyse erronée, il n'en reste pas moins qu'il est suffisamment souvent évoqué et ambigu pour nécessiter une analyse approfondie de ces situations. Or ce travail n'a pas été mené à bien au sein des UEAG.

Par ailleurs, du matériel de contention a été retrouvé dans un local intitulé « Pharmacie » de l'unité Bourneville le jour de l'inspection.

³⁶ Article R. 1112-2 du CSP : « Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé... »

³⁷ Article R. 1112-2 du CSP : « Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles »

³⁸ ibid

Photo 1 : Matériel de contention disponible dans la pièce nommée « Pharmacie » de l'unité Bourneville



Enfin, l'achat de sangles de contention a été discuté en réunion ICA le 19 mars 2024 : « Actions à suivre : [...] Achat des attaches pour adapter les sangles de contention sur le lit pineapple ».

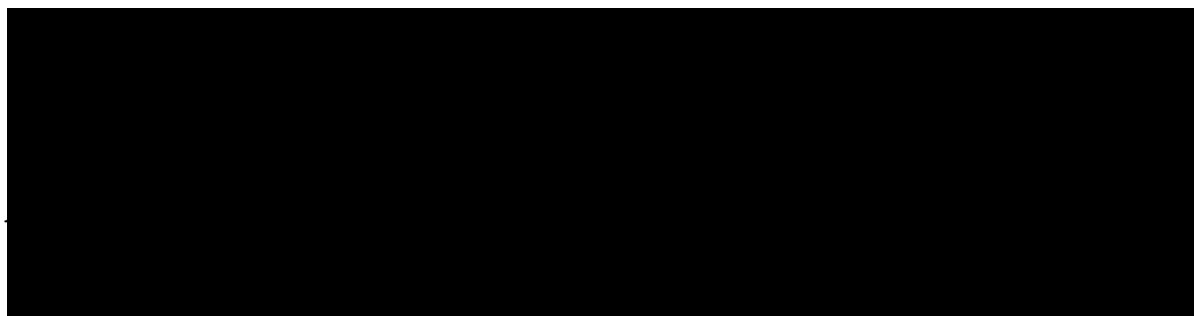
Écart 11 : Des occurrences de contentions sont observées sans suivi consolidé et sans intégration dans un registre permettant l'analyse rétrospective et la prévention des récidives.

9.8. Prévention de la violence et développement des compétences

9.8.1. Pratiques

La recherche de solutions alternatives à l'isolement est, de manière générale, peu documentée. On observe toutefois, lorsqu'il y a prescription médicale, des précisions sur les tentatives de désescalade engagées. La mission a également retrouvé des observations d'internes appelés pour réaliser une mise en isolement et qui avaient réussi à gérer la situation sans y recourir.

Mais il existe également plusieurs documents qui montrent qu'aucune recherche réelle de solution alternative n'a été menée : il en est ainsi de plusieurs fiches d'événement indésirable (FEI), qui décrivent la chronologie d'épisodes de violence et le recours rapide à la contention ou à la mise en isolement³⁹. Dans le dossier d'un enfant ██████ porteur de TND, on note



la montée progressive de sa violence à la suite à de décisions à caractère punitif (renforcements négatifs), journée où cet enfant sera finalement mis en ERS⁴⁰.

9.8.2. Formations à la gestion des « comportements défis »

Si des actions de sensibilisation et de formation ont bien été menées (cf. chapitre 7.3), elles sont insuffisantes pour fournir une base technique solide dans la gestion de la désescalade de la violence et la recherche de solutions alternatives :

- les attestations de formation de 2023 à 2025 montrent que plusieurs formations différentes ont été proposées aux professionnels : « Désamorcer l'agitation par la Contenance », « Désescalade de la violence », « Isolement et apaisement », « Gestion de la violence et de l'agressivité », « OMEGA », « Réduire l'agressivité - Stratégies avancées ou d'urgence » ;
- elles attestent également que 24 professionnels des UEAG en poste au jour de l'inspection ont été formés (certains ayant suivi plusieurs formations différentes), ce qui ne représente que 32% des professionnels affectés à ces unités ;
- les formations aux troubles du neurodéveloppement (TND) n'ont été dispensées qu'à très peu de professionnels des UEAG ;
- le plan de formation 2026 et surtout le plan d'action présenté par l'établissement le 7 novembre 2025, indiquent une volonté plus forte de la part de l'encadrement des équipes visant à former 100% des professionnels concernés (avec identification de formations obligatoires relatives à l'ICA et à la prise en charge des TND) ;

Un « après-midi violence » a été organisé par l'encadrement le 15/01/2025, avec participation de 80 professionnels du GHT.

Les « Minutes Qualité » proposées en 2025 au sein de chaque unité (2 à 3 par unité) ont permis de faire des rappels réglementaires et de sensibiliser aux bonnes pratiques sur le thème des ICA.

9.8.3. Outils individualisés

Des outils intitulés « Plans de prévention partagés » (pour les enfants) et « mon GPS » (pour les adolescents), consistant en la formalisation des réflexions menées avec le patient et sa famille « *pour limiter les situations de crise dues à la participation à des activités contraintes, et éviter les situations de violence*⁴¹ », ont commencé à être mis en place depuis janvier 2025. Toutefois, la mission note que, parmi les projets de soins individualisés (PSI) transmis, une adolescente suivie de longue date et ayant fait l'objet d'isolements ne s'est pas vu proposer l'outil « Mon GPS » lors de la mise à jour de son PSI le 16/09/2025.

Parmi les actions envisagées par l'établissement pour répondre à la mise en demeure du DG ARS, on note l'organisation de staffs « situations complexes ». Ce type de staff n'a pas été mis en œuvre auparavant et la mission relève qu'il n'est toujours pas envisagé de recourir à des soutiens externes ou à des centres de référence.

⁴¹ Action 8 « Finaliser le déploiement des plans de prévention partagés » du plan d'action de l'établissement sur la gestion des situations de violence (courrier du 7 novembre 2025). Il est précisé : « *Le document vise à identifier les signes avant-coureurs et les facteurs déclencheurs d'une crise psychique ainsi qu'à préciser les stratégies pour y faire face, de même que les personnes de soutien mobilisables en cas de besoin. Il permet d'indiquer également les soins et traitements à privilégier ou éviter.* »

9.8.4. Disponibilité des alternatives matérielles (salles d'apaisement)

La mission note par ailleurs que les outils de la désescalade ne sont pas toujours disponibles : absence de salle d'apaisement à Winnicott et Bourneville ou salle d'apaisement existante non accessible aux patients⁴².

Remarque 31 : La diffusion des compétences de désescalade et l'appropriation des outils individualisés de prévention des crises demeurent incomplètes au regard des besoins des UEAG et des attendus du programme de la HAS « Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement » (septembre 2016).

9.9. Culture professionnelle, communication et éthique

9.9.1. Discours internes et externes relatifs à l'isolement et à la contention

Plusieurs éléments recueillis laissent apparaître une minimisation de l'ampleur et de la durée des isolements, ainsi qu'une confusion sémantique entre « apaisement » et « enfermement » :

- lors de la transmission du fichier des isolements, un fichier commentant les documents transmis indique, pour l'« item n° 62 : registre des mesures d'isolement » : « *En pratique, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le recours à l'isolement est peu utilisé par les équipes de soins. En 2025, sur les 6 premiers mois, 16 patients ont été concernés dans les unités d'hospitalisation du site de Gentilly avec une durée moyenne de 20 minutes*⁴³. » Et s'il est vrai que 16 mineurs (incluant l'ULPIJ) ont été mis en isolement sur le 1^{er} semestre 2025, cette pratique ne peut être considérée comme marginale au vu du faible nombre de mineurs accueillis. Elle ne constitue en aucun cas « *une pratique de dernier recours* » telle que l'entend la réglementation et la durée indiquée de 20 minutes est clairement erronée et sous-estimée (pour rappel, durée moyenne de 71 mn, maxima de 192 mn) ;
- en entretien avec [REDACTED], les inspecteurs ont entendu des propos tels que « *les pratiques d'isolements sont respectueuses* » et « *leur durée n'excède pas 10-15 min, le temps que le médicament agisse* », propos qui sont démentis en tous points par les constats des inspecteurs ;
- en commission des usagers du 06/05/2025, [REDACTED] : « *Il est rappelé que la mesure d'isolement est réalisée sur décision d'un psychiatre et partagée par l'équipe. Dans le cas d'isolement des mineurs, il sera plutôt évoqué le terme d'espace d'apaisement ou chambre sécurisée, permettant la mise à l'abri de l'enfant. Cette décision est parfois de très courte durée (environ 10 minutes)*. ». Cette formulation est susceptible d'euphémiser une privation de liberté observée par ailleurs comme répétée et prolongée.

9.9.2. Représentations collectives et dépendance au recours aux espaces de repos sécurisés (ERS)

Les entretiens mettent en évidence une dépendance organisationnelle des équipes à l'existence des ERS, vécus comme indispensables à la gestion de situations de crise :

- « *Comment va-t-on faire si on n'a plus l'ERS ?* » ; « *La fermeture des chambres d'isolement inquiète les familles* » ; Les équipes ont précisé que désormais, elles refusent systématiquement les autismes lourds car elles ne sauraient plus comment

⁴² Dans le CR Minutes Qualité UETA du 21/03/2025, il est mentionné : « *Remettre en fonction la salle d'apaisement pour les patients, qui avait permis d'éviter la mise en espace d'isolement.* »

⁴³ La comptabilisation de l'établissement inclut l'ULPIJ.

les gérer. Ces éléments témoignent d'une représentation de l'ERS comme le pivot des réponses à la violence, avec des conséquences directes sur les admissions et l'accès aux soins ;

- des médecins évoquent l'ERS comme un support pour « *l'apaisement de l'anxiété de l'équipe* » et ajoutent : « *Les équipes, à juste titre, sont inquiètes sur comment ça va se passer désormais car l'utilisation des ERS était assez raisonnée* ». Ils s'interrogent sur un possible déplacement vers davantage de médication ou de contention, ce qui montre une mauvaise compréhension de la problématique des isolements et le manque de maîtrise des bonnes pratiques de gestion des situations-défis.

La réaction du collège des psychologues, dans les suites de la fermeture des ERS par la direction de l'établissement, fin octobre 2025, illustre quant à elle l'ancrage culturel de l'ERS. Dans un projet de courrier (finalement non diffusé) soumis à l'avis de ses membres, il fait valoir qu'il « [...] *s'inquiète vivement qu'une décision de la direction puisse porter sur des prérogatives médicales. Nous rappelons qu'actuellement, il n'existe pas de cadre législatif interdisant le recours aux chambres d'isolement en pédopsychiatrie [...]* ». Les débats internes qui se sont ensuivis ont finalement acté du caractère inopportun de ce courrier, qui n'a pas été adressé à la direction et aux responsables médicaux. [REDACTED] ce courrier, ce dernier avait tout de même obtenu 88% de soutien des votants pour sa diffusion.

9.9.3. Espaces de réflexion éthique et « démarche bientraitance »

La participation des UEAG aux espaces éthiques est limitée (comité d'éthique non investi par ces unités⁴⁴). Le bilan 2024 du comité d'éthique n'aborde pas les thèmes de l'isolement et de la contention

L'examen technique d'un document de présentation aux groupes de travail sur la démarche Bientraitance/Maltraitance révèle des termes masqués (tels que : « *usage abusif ou injustifié de la contention* », « *maltraitance psychologique* », etc.), indication d'un évitement de thématiques sensibles, notamment de la contention, lors de l'autodiagnostic d'équipe sur la maltraitance⁴⁵.

⁴⁴ Pour la FV, seuls des professionnels de l'HdJ Astronef sont impliqués dans la démarche du comité éthique

⁴⁵ Dans le cadre de la Politique de prévention des situations de maltraitance à l'intention des usagers du Groupe Hospitalier Fondation Vallée –Paul Guiraud, la direction des soins a mené une démarche de repérage des situations à risques de maltraitance sous forme de réunions d'autodiagnostic avec plusieurs unités, dont Winnicott et l'UETA, dans le but d'établir une cartographie des situations de maltraitance au sein du GH FV-PG. Afin de cadrer les débats des réunions, elle a produit un diaporama de présentation sur ce que sont les différents types de maltraitance (cf. extrait en annexe 14.6). À aucun moment le terme d'isolement ou de contention n'est formulé et les suggestions aux équipes orientent les réponses sur des thématiques telles que le droit à l'information, le soulagement de la douleur ou le respect de la dignité (tutoiement imposé, soins non respectueux de l'intimité, toilette porte ouverte). Les situations de maltraitance autoévaluées par les équipes des UEAG concernées rapportent : « *tutoiement systématique (jusqu'à quel âge) ; prise en compte insuffisante de la parole usager ; lecture abusive consigne ; respect autonomie ; réponses inadaptées liées sous-effectif* ». Cependant, en y regardant de plus près, la mission s'est rendu compte que le fichier Pdf de présentation aux équipes comportait les termes masqués « *Agressions, usage abusif ou injustifié de la contention, sur ou sous médication, gestes brutaux...* » ainsi que « *Maltraitance psychologique* » ; « *Insulte, intimidation, harcèlement, humiliation.* » et « *Maltraitance sexuelle* ». Techniquement, cela s'explique par le fait que la présentation a été préparée sur PPT, sur laquelle les termes ont été masqués (soit parce qu'ils sont masqués par un aplat, soit parce que la couleur de la police est mise en blanc sur fond blanc ». Mais quand le Pdf est modifié sous Acrobat Pro, il laisse apparaître les blocs de texte, même si ceux-ci semblent vides. Il suffit alors de sélectionner leur contenu, de le copier et de le coller dans un autre logiciel pour qu'ils apparaissent clairement.

Remarque 32 : Les éléments recueillis (discours minimisant la durée et la portée des isolements, recours à un vocabulaire d'« apaisement » euphémisant, dépendance organisationnelle au fonctionnement avec les ERS et évitement des thématiques isolement/contention dans les espaces de réflexion) traduisent une banalisation des pratiques restrictives, en décalage avec les attendus des RBPP de la HAS (*Programme « Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement »*, sept. 2016) qui visent une prévention structurée, une information loyale et un questionnement éthique continu.

10. Qualité et la sécurité des prises en charge

10.1. Organisation

10.1.1. Projet médical de la Fondation Vallée

Un projet médical 2023-2026 de la FV a été transmis à la mission. Il est indiqué qu'il s'articule avec le projet médico-soignant du GHT Psy Sud Paris. Ce document est daté du 28/11/2022. Il n'adopte pas le formalisme classique d'un projet médical, en ce sens qu'il ne comporte aucune information sur sa méthodologie d'élaboration et aucun planning prévisionnel de mise en œuvre et n'est pas accompagné d'un plan d'action. Son contenu fournit de grandes orientations, qui correspondent aux attentes générales que l'on peut avoir d'un établissement de pédopsychiatrie. Cependant, le projet médical n'est pas concrètement décliné et, en l'état, il est peu opérationnel et peu mobilisateur, d'autant plus que la fusion des établissements FV et PG est intervenue depuis.

En entretien, aucun professionnel n'y a spontanément fait référence et les personnels des équipes interrogés n'en avaient pas connaissance.

Au sein du projet médical du GH FV-PG, il n'est pas possible d'identifier la part du projet médical qui concerne spécifiquement la FV.

Remarque 33 : Aucun document concret de projet médical relatif à la pédopsychiatrie, diffusable aux équipes et aux partenaires, n'a été formalisé au sein du GH FV-PG.

10.1.2. Réunions médicales au niveau de l'établissement

L'analyse du planning des réunions médicales⁴⁶ montre que les réunions médicales sont regroupées le lundi, selon une organisation différenciée en fonction des publics et des finalités :

- les internes bénéficient d'un bloc pédagogique-clinique récurrent (point astreinte, présentations cliniques, point théorique), généralement programmé une fois par mois ;
- les médecins seniors participent en outre à des réunions davantage orientées vers la coordination et le pilotage institutionnel — réunion du service ambulatoire, réunions « autres services », réunions inter-pôles médecins-psychologues-cadres, Conseils de pôle ou encore réunions thématiques (ULPIJ, certification, délégations) — dont la fréquence oscille entre mensuelle et trimestrielle.

10.1.3. Projets des unités de soins

La mission a demandé que lui soient transmis les projets des unités. Dans un premier temps, aucun document n'a été transmis dans le flux des premiers envois de l'établissement. Une relance, en décembre 2025, a permis la transmission des documents demandés.

Les projets des unités Dolto et Winnicott ne sont pas datés mais ils ont été rédigés par la cheffe de service actuellement en arrêt, ce qui atteste de leur existence lors de l'inspection, d'autant plus que les professionnels interrogés ce jour-là les ont cités.

Pour le projet de Bourneville, la date de création est « novembre 2025 », soit ultérieure à la date d'inspection. Quant au projet de l'UETA, il est indiqué qu'il a été « mis à jour en novembre 2025 ». Cependant, la mission s'interroge sur la pertinence d'une mise à jour d'un document de cadrage d'une activité qui a vocation à disparaître le mois suivant, la fermeture de l'UETA étant programmée pour le 19/12/2025. Aucun de ces 2 projets n'a par ailleurs été cité par les professionnels interrogés lors des entretiens.

⁴⁶ Documents transmis par l'établissement : planning 2025 des réunions médicales du lundi pour le premier semestre et le dernier trimestre

La mission a toutefois analysé ces 4 documents et une étude détaillée figure en annexe 14.7 dans le rapport de l'experte.

Les schémas d'hospitalisation indiqués dans les projets sont résumés dans le tableau figurant page suivante.

Tableau 15 : Synthèse des schémas d'hospitalisation figurant dans les projets des 4 unités

Unité	Modalité / Phase	Durée prévue	Indications / motifs	Objectifs
Dolto (4–12 ans)	Observation pédopsychiatrique pluridisciplinaire	3 semaines	Troubles psychiatriques précoces et troubles du neurodéveloppement (TND) ; admission sur indication d'un spécialiste ; pré-admission avec visite et portfolio ; adhésion parents/enfant	Observation pluridisciplinaire ; préciser diagnostic nosographique et/ou fonctionnel
	Prise en charge séquentielle	2–3 semaines par séjour	Patients ayant déjà eu une observation ; souvent enfants suivis en médico-social (MECS, IME) nécessitant soutien pédopsychiatrique	Soutien au réseau et à la famille ; continuité entre espaces d'accueil ; ajuster besoins à chaque séjour
	Séjour "Passerelle"	6 semaines renouvelables	Enfants nécessitant prise en charge spécialisée plus prolongée	Prise en charge multifocale intensive (éducative, thérapeutique, pédagogique) ; réévaluations régulières
Winnicott (6–12 ans)	Observation préalable avant admission	2 semaines	TND (TSA, TDI, TDAH, TDL, TDC), troubles du comportement (TOP, TEI...), troubles psychiatriques précoces ; gravité/complexité et difficultés de l'environnement	Entrevoir bénéfice potentiel ; identifier leviers et outils favorisant dynamique évolutive
	Prise en charge en hospitalisation de semaine	6 semaines renouvelables (durée ajustée)	Idem indications unité ; admission décidée par PH responsable	Relancer investissements relationnels et cognitifs ; autonomie sociale et psycho-affective
Bourneville (12–17 ans)	Phase 1 – Observation	4 semaines	Admissions non urgentes ; indications larges dont post-crise, évaluation, séjour de rupture, séquentiel ; unité fermée non adaptée aux états d'agitation/violence trop importants	Connaissance adolescent/dynamique familiale; évaluation scolaire ; tracer projet initial
	Phase 2 – Prise en charge	Non précisée	Poursuite après observation si admission validée	Définir, conduire et réactualiser le projet; préparer projet de sortie
	Phase 3 – Finale (préparation de la sortie)	Non précisée	Évolution nécessite nouveau projet hors USA	Projet thérapeutique post-hospitalisation; réinsertion socio-scolaire ; préparation orientation (HDJ, soins-études, IME...)
	Séquentiel	Non précisée (hospitalisations séquentielles possibles)	Complémentarité avec médico-social ; maintien à domicile	Souplesse d'accueil ; travail d'articulation
UETA (12–18 ans)	Hospitalisation courte d'observation	4 semaines (3 places)	Motifs psychiatriques nécessitant évaluation ; non substitutive à ESMS ni séparation sociale	Évaluation bio-psycho-socio-familiale et scolaire ; décider admission ou orientation
	Hospitalisation longue	Jusqu'à 3 mois renouvelables 1× (max 6 mois) (7 places)	Situations cliniques complexes ; besoin de cadre contenant et scolarité adaptée	Restauration psychique; diminution des troubles; développement de compétences ; projet d'orientation
	Hospitalisation séquentielle	Séjours répétés de 3 semaines	Souplesse ; coopération avec ESMS ; attente de place ou besoin spécifique	Travailler projet de soins/ orientation en alternance

L'analyse des projets des 4 unités relève qu'ils présentent d'importantes fragilités conceptuelles et organisationnelles, et ne sont pas alignés avec les recommandations nationales et internationales en matière de pédopsychiatrie. En effet, elle met en évidence plusieurs constats transversaux :

- des projets qui ne justifient pas médicalement le recours à l'hospitalisation complète :
 - Un positionnement contraire aux recommandations de bonne pratique :

Au sein des projets des 4 unités, sont évoquées des prises en charge qui relèvent normalement de dispositifs ambulatoires⁴⁷ (CMP, CMPP, CAMSP, PC-TND, HdJ, CATTP, médico-social) et non d'une hospitalisation complète, même sous la forme d'hospitalisation de semaine.

Les unités proposent des hospitalisations d'observation diagnostique, y compris pour des enfants très jeunes (4–6 ans), alors que les évaluations TND et psychiatriques de première intention doivent être menées en ambulatoire, dans un cadre gradué.

Les hospitalisations prolongées (renouvellements fréquents, séjours séquentiels récurrents, hospitalisations pouvant durer plusieurs mois) ne disposent d'aucune justification médicale explicite dans les projets ou dans la pratique observée.

Les projets ne mentionnent pas la nécessité du calcul du bénéfice-risque, pourtant indispensable pour tout recours à l'hospitalisation en pédopsychiatrie, en particulier pour les plus jeunes enfants.

- Des effets délétères ignorés : les documents et échanges ne montrent aucune réflexion institutionnelle sur les impacts négatifs connus de l'hospitalisation prolongée : rupture des liens d'attachement (notamment pour les moins de 6 ans), perte de compétences fonctionnelles, risques de déscolarisation ou de placement, désinsertion sociale ou familiale.

Ces éléments ne sont ni interrogés ni mentionnés dans les projets.

- Une confusion dans les missions et un positionnement peu cohérent entre les unités :
 - Les unités Dolto et Winnicott proposent des dispositifs redondants et mal positionnés :

On note une grande similarité des projets de séjours séquentiels, sans justification claire de l'existence de deux unités différentes avec des missions quasi identiques.

Les indications sont très larges, incluant des TND légers à modérés⁴⁸ (TDL, TDC, TDAH), qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

La présence d'espaces de repos sécurisés dans les deux unités, qui ne fait pourtant l'objet d'aucun chapitre au sein des projets, ce qui est contraire à la politique d'isolement et contention du GH FV-GP (cf. chapitre sur les isolements) et qui sont utilisés de manière récurrente, sans réflexion éthique sur les très jeunes enfants exposés à ces pratiques.

- pour l'unité Bourneville, le projet est imprécis, manque de cohérence et est peu adapté :

⁴⁷ CMP : Centre médico-psychologique ; CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique ; CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce ; PC-TND : Plateforme de coordination pour TND ; HdJ : hôpital de jour ; CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

⁴⁸ TDL : trouble du langage ; TDC : trouble développemental de la coordination ; TDHA : trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité

Les indications sont décrites comme volontairement “très larges”, allant de la post-crise psychiatrique à la réhabilitation psychosociale, sans positionnement clair.

Le projet comporte des incohérences internes : l'unité est dite “fermée”, mais déclarée comme ne pouvant accueillir les états d'agitation/violence importants.

On observe une absence de cohérence entre les missions affichées (évaluation, stabilisation post-crise, réhabilitation) et les pratiques observées, avec un faible taux d'occupation malgré des besoins forts sur le territoire.

L'unité pourrait remplir un rôle important de psychiatrie polyvalente de l'adolescent, mais ce rôle n'est pas assuré.

- L'UETA est censée être spécialisée, mais son projet manque de lisibilité :
 - le projet de l'unité a été transmis tardivement, rédigé après l'annonce de sa fermeture, ce qui affaiblit sa crédibilité ;
 - il présente un mélange de modalités d'hospitalisation (observation courte, hospitalisation longue, hospitalisations séquentielles) qui ne permet pas d'identifier clairement la mission de l'unité ;
 - des durées d'hospitalisation longues, pouvant aller jusqu'à 6 mois, sont envisagées sans articulation suffisante avec les structures de recours ou spécialisées nécessaires aux situations complexes ;
 - la présence dans l'unité d'un cas particulièrement complexe, illustre les limites des compétences cliniques actuelles de l'équipe et l'absence de recours aux ressources externes.
- Une déconnexion entre les missions affichées et l'offre de soins nécessaire sur le territoire :
 - la mission relève un paradoxe : alors que les unités affichent un positionnement de « recours » ou de prise en charge de « situations complexes » (discours régulièrement tenu lors des entretiens), elles n'accueillent pas les urgences psychiatriques, elles n'assurent pas les missions de stabilisation post-crise, elles n'utilisent pas les centres d'excellence ou équipes expertes externes, malgré des situations nécessitant des compétences pointues, et elles fonctionnent en hospitalisation de semaine, avec fermeture chaque vendredi à 13h30, pendant les petites vacances et quatre semaines en août, ce qui est peu compatible avec les situations réellement complexes et/ou aiguës. La logique d'hospitalisation “lourde” décrite dans certains projets est donc en contradiction directe avec la réalité opérationnelle.
- Une absence de spécificité clinique ou thérapeutique réelle
 - quelles que soient les unités, les projets ne présentent aucune modalité de soin spécifique qui justifierait un recours à l'hospitalisation complète (techniques spécialisées, thérapeutiques innovantes, environnement structuré nécessaire...). Pourtant, dès 2021, dans son rapport d'observations définitives sur la FV, la CRC indiquait en recommandation n°3 : « Définir les modalités de prise en charge des troubles du spectre autistique au sein des projets thérapeutiques en faisant référence aux recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé » ;
 - les objectifs thérapeutiques décrits (psychomotricité, psychothérapie, remédiation cognitive, activités éducatives, scolarité...) correspondent exactement à ceux de l'ambulatoire ou du médico-social. Là encore, ce point avait été mis en avant en 2021 par la CRC dans son rapport d'observations définitives (p.64) : « Une partie des prises en charge de longue durée de troubles du spectre de l'autisme en hospitalisation complète ou en hôpital de jour devrait relever du secteur médico-social. Compte-tenu de son orientation forte sur ce handicap, il serait pertinent que l'établissement développe une offre médico-sociale d'aval. Celle-ci permettrait de recentrer l'offre d'hospitalisation sur les

besoins psychiatriques importants relevés dans le plan territorial de santé mentale, tant dans l'urgence que dans l'orientation et le traitement. » ;

- les « soins intégratifs⁴⁹ », mis en avant pour l'unité Winnicott, ne sont pas des méthodes reconnues, ni recommandées par la HAS, et s'apparentent à une évolution de la « cure institutionnelle », elle-même sans validation scientifique.

Remarque 34 : Les projets des UEAG ne définissent pas un cadre thérapeutique conforme aux recommandations actuelles de la pédopsychiatrie : ils ne justifient pas le recours à l'hospitalisation complète, présentent des indications trop larges et un positionnement inadapté, et n'intègrent ni les risques liés aux hospitalisations prolongées ni l'organisation graduée des parcours. Ils sont par ailleurs hétérogènes, parfois incohérents et ne traduisent pas une spécialisation clinique réelle (réf. : HAS 2012⁵⁰ – Autisme : intervention et accompagnements ; HAS 2018⁵¹ : Autisme : repérage, diagnostic, évaluation ; AACAP (2023) – Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care ; Capdevielle et al., 2013⁵² ; Nöhles et al., 2023⁵³ ; SDBP (2020) - Complex ADHD, clinical practice guideline et JCAP 2024 - DMDD (revue systématique)⁵⁴).

10.1.4. Pilotage des unités

10.1.4.1 Le trio d'unité fonctionnelle

À plusieurs reprises, il a été expliqué en entretien aux inspecteurs que l'une des spécificités de la FV était de s'appuyer sur un « trio » responsable du pilotage de l'unité. Dénommé « *trio d'unité fonctionnelle* », sa composition est précisée dans le projet de l'UETA : « *Le médecin praticien hospitalier responsable de l'unité, le cadre de l'unité et le psychologue institutionnel constituent le trio d'unité fonctionnelle. Il se réunit une fois par semaine avec l'objectif de « prendre soin » du fonctionnement de l'unité en partageant les informations concernant les patients et le dispositif de prise en charge.* »

Si classiquement le fonctionnement d'un service ou d'une unité à l'hôpital repose sur un duo formé par le chef de service et le cadre paramédical de santé, il convient donc de préciser le rôle du psychologue institutionnel, issu de l'histoire de la FV. Il a ainsi été précisé que le psychologue institutionnel participe aux réunions sur la prise en charge des jeunes patients et apporte son regard extérieur et son soutien aux équipes⁵⁵. Il n'est ainsi, par principe, pas impliqué dans la psychothérapie des jeunes patients, bien qu'il puisse participer à des

⁴⁹ D'après un document interne à la FV daté de 2022, intitulé « De la cure en institution aux soins intégratifs » : « *Sous les termes de « soins intégratifs », nous intégrons donc, comme un grand nombre de professionnels, un « ensemble d'interventions coordonnées proposées à un enfant appréhendé dans sa globalité et dans sa singularité, en relation avec ses parents et son milieu de vie* »

⁵⁰ HAS 08/03/2012 : « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent »

⁵¹ HAS février 2018 : « Trouble du spectre de l'autisme - Diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent »

⁵² Capdevielle et al., 2013⁵² – prolongations de séjour en premier épisode : la durée excessive n'a pas de justification clinique robuste et altère le pronostic fonctionnel.

⁵³ Nöhles et al., 2023 – chez 1 189 mineurs hospitalisés : associations entre réponses cliniques/sociales, placements hors domicile et durée de séjour, soulignant les effets délétères potentiels des hospitalisations prolongées

⁵⁴ SDBP (2020) - Complex ADHD, clinical practice guideline et JCAP 2024 - DMDD (revue systématique)

Recommandent des interventions psychosociales structurées (TCC, programmes parentaux, habiletés), avec objectifs individualisés et évaluations régulières ; s'opposent à des ateliers occupationnels non rattachés à des objectifs cliniques.

⁵⁵ D'après le projet de l'UETA : « *Le psychologue institutionnel : (Mi-temps)*

Soutient l'élaboration nécessaire au travail institutionnel avec l'équipe à travers notamment les réunions d'intervention

Participe avec les médecins au processus d'admission (rdv de préadmission) et aux entretiens familiaux

Participe à l'élaboration du projet de soin personnalisé des patients,

Propose des entretiens aux patients en fonction du projet de soins individualisé

Est à disposition des patients dans des moments informels de leur vie quotidienne au sein de l'unité

Co-anime la réunion soignants-soignés,

Réalise des reprises des ateliers thérapeutiques,

A des temps d'échange réguliers avec la psychomotricienne »

entretiens avec les patients de manière ponctuelle. Il peut, par ailleurs, exercer un rôle de psychologue clinicien auprès des patients d'autres unités ou services de la FV.

Il ressort des différents entretiens menés par la mission que les psychologues, en particulier ceux présents à la FV depuis longtemps, ont une influence très importante dans les décisions de fonctionnement des équipes et dans les pratiques. Ils interviennent dans les choix des outils de diagnostic, dans l'approche de la formulation même d'un diagnostic. La mission a ainsi pu s'entendre dire qu'il ne fallait pas « *enfermer des enfants dans un diagnostic, car ils peuvent évoluer* ». Organisés au sein du collège des psychologues de la FV, ils ont désigné des représentants qui sont les interlocuteurs privilégiés de la direction et des médecins (notamment [REDACTED]) pour porter leur parole.

Il existe notamment une « *Procédure de recrutement des psychologues* » (la mission a eu en ses mains la version 3, datée du 06/01/2022), qui prévoit l'intervention ou la validation du recrutement des psychologues de la FV à plusieurs étapes de la procédure :

- « *1ère étape : Concertation entre le Chef de service, le Médecin responsable de l'unité, le ou la psychologue concerné.e pour établir la fiche de poste.*
- *2ème étape : Rédaction de l'annonce par la DRH en lien avec le(s) chef(s) de Pôle(s) concerné(s). Le Chef de Pôle requiert l'avis du ou des Chefs de Service et du ou des Médecins responsables d'unité fonctionnelle concernés avant validation. La DRH requiert l'avis du Collège des Psychologues avant la diffusion de l'annonce. [...]*
- *4ème étape : Le médecin responsable de l'unité et la ou le psychologue occupant le poste sélectionnent des candidats qu'ils peuvent rencontrer et en choisissent 3 qui vont rencontrer un jury. [...]*
- *(Lorsque le recrutement concerne un poste nouvellement créé, le Collège des psychologues désigne un représentant dont l'expertise est importante en fonction du profil du poste concerné et qui participe au processus de sélection des candidats pour la présentation devant le Jury). [...]* »

Or la mission note que, dans tout établissement, la responsabilité des recrutements de tout professionnel incombe directement à la direction, en lien avec les médecins responsables d'unité et ne devrait pas être systématiquement conditionnée à l'approbation d'une catégorie professionnelle, quelle qu'elle soit.

Ce mode de fonctionnement aboutit à un système de cooptation qui contribue à faire perdurer l'importance d'approches psychanalytique⁵⁶ au détriment du recrutement de profils de type neuropsychologues, adaptés aux méthodes de prise en charge recommandées aujourd'hui. Certes, les recrutements les plus récents ont permis d'élargir les profils des psychologues recrutés mais plusieurs signes de résistance ont été explicités à la mission :

- Recrutement d'une psychologue dont le profil est très psychanalytique sur un poste d'expertise (sur l'autre pôle de la FV) alors qu'un curriculum vitae de profil beaucoup plus adapté existait ;
- Tutorat organisé auprès des nouveaux « soignants » (psychologues, IDE, éducateurs) où l'approche psychanalytique est présentée par un psychologue formateur de la FV ;

⁵⁶ Ceci fait référence à l'historique de développement de la Fondation Vallée et de la prise en charge infanto-juvénile. Ainsi, le projet de soin de l'établissement et son organisation ont été notamment construits en plaçant au cœur l'approche psychanalytique. Ainsi, l'article « La cure en institution. Un outil recommandable de prévention contre la maltraitance institutionnelle ? » publié en 2015 par deux pédopsychiatres de la FV, rappelle que la transformation de la FV en lieu de soin sous la direction de Roger Misès s'est construite autour de la *cure en institution*, définie à partir des distinctions de Jacques Hochmann, qui rattache cette approche aux traitements institutionnels issus de l'écoute et des attitudes analytiques ainsi qu'à la psychothérapie psychanalytique, laquelle « *s'inscrit sans contradiction* » dans ces dispositifs. Ces éléments situent historiquement la FV dans une orientation institutionnelle marquée par la référence psychanalytique.

Plus récemment (novembre 2024), le rapport Elabore sur l'analyse d'impacts relative au projet de modification des règles de gestion du temps de travail à la Fondation Vallée, s'appuyant sur des entretiens individuels et collectifs, mentionne : « *Les professionnels adhèrent unanimement à l'approche théorique appelée "cure institutionnelle" héritée de Roger MISÈS, renforçant ainsi leur sentiment d'appartenance et de sens au travail.* » et alertent sur les « *craintes* » de « *nombreux professionnels* » : « *Le projet caché de la direction consiste à supprimer l'approche de la cure institutionnelle [...]* »

- Violence des propos en réunion du Collège des psychologues envers des nouveaux professionnels recrutés avec des profils plus conformes aux recommandations de bonne pratique de la HAS... ;

En outre, la mission a eu connaissance d'échange de mails entre les psychologues du Collège des psychologues de la FV, dans les suites de la fermeture des ERS par la direction de l'établissement, fin octobre 2025, où était discuté l'opportunité de rédiger un courrier au nom du Collège faisant valoir qu'il « [...] s'inquiète vivement qu'une décision de la direction puisse porter sur des prérogatives médicales. Nous rappelons qu'actuellement, il n'existe pas de cadre législatif interdisant le recours aux chambres d'isolement en pédopsychiatrie [...] ». Les débats internes qui se sont ensuivis ont finalement acté du caractère inopportun de ce courrier, qui n'a pas été adressé à la direction et aux responsables médicaux. Ces échanges sont cependant révélateurs de courants de pensée et de résistances fortes.

Les psychologues sont également positionnés en animateurs des groupes d'analyse des pratiques⁵⁷. Ils sont ainsi à la fois partie prenante de l'équipe et régulateurs des discussions sur les pratiques professionnelles, ce qui est contraire aux bonnes pratiques professionnelles⁵⁸, qui recommandent un facilitateur neutre, garant du cadre et de la sécurité émotionnelle.

D'après plusieurs entretiens, les psychologues de la FV ont ainsi un pouvoir qu'ils n'ont pas dans d'autres établissements, qui empiète sur les prérogatives de la direction administrative et médicale.

Il ressort également des entretiens qu'il existe un flou dans le positionnement des différents professionnels auprès des patients. Ainsi, les éducateurs sont assimilés aux « soignants » (c'est le terme qui a été utilisé à plusieurs reprises lors des entretiens le jour de l'inspection). Il a été indiqué à la mission qu'ils peuvent, par exemple, distribuer des médicaments.

Remarque 35 : Le poids déterminant et unique du Collège professionnel des psychologues dans des décisions structurantes (recrutements, orientations méthodologiques) fragilise l'équilibre de la gouvernance et la pluralité des approches, au regard des pratiques de management de la qualité et des attendus du développement professionnel continu (adossement aux données de la science et pluralité des points de vue).

Remarque 36 : Le recours au « trio d'unité fonctionnelle » apparaît peu pertinent pour le pilotage des unités, car il confond des rôles décisionnels et des rôles de régulation des pratiques. L'intégration du psychologue institutionnel dans ce trio crée une ambiguïté structurelle, celui-ci se retrouvant à la fois acteur du pilotage et animateur des groupes d'analyse des pratiques, alors que ces derniers exigent un facilitateur neutre et non impliqué dans les enjeux internes. Cette organisation fragilise la lisibilité du pilotage des unités.

10.1.4.2 Communication et coordination entre les professionnels des UEAG

Les projets des unités précisent les temps d'échange interprofessionnels.

De manière convergente entre les unités, on retrouve prévus :

- des temps de transmission quotidiens entre soignants ;

⁵⁷ Dans le projet psychologique du groupe hospitalier Fondation Vallée 2023-2027, il est mentionné en page 10 : « [...] Le psychologue apporte aux autres membres de l'équipe son regard de spécialiste de la psychopathologie et son éclairage sur les processus psychiques en jeu, lors d'échanges quotidiens et de temps d'analyse de pratique. [...] »

⁵⁸ HAS, juin 2017 : « Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP) » et portail Analyse des pratiques professionnelles (<https://www.analysesdespratiques.com/>)

- des réunions cliniques / synthèses pluridisciplinaires (au moins une réunion hebdomadaire,) associant les médecins, psychologues, le cadre, les soignants et parfois l'assistante sociale ;
- des réunions hebdomadaires du « trio d'unité fonctionnelle » ;
- des réunions hebdomadaires d'articulation avec l'école / unité d'enseignement ;
- des réunions d'analyse des pratiques ou d'intervision entre soignants et psychologue institutionnel, à fréquence variable (bimensuelle ou hebdomadaire) ;
- des réunions institutionnelles avec l'ensemble de l'équipe souvent animées par le cadre ou le médecin responsable (mensuelles ou trimestrielles).

Il existe en outre des temps plus spécifiques aux unités :

- pour les unités Dolto et Winnicott, les fonctionnements sont proches. On note une réunion de supervision mensuelle des éducatrices de jeunes enfants par les psychologues à Dolto et une réunion soignants-soignés bimensuelle à Winnicott (non décrite à Dolto) ;
- les unités pour adolescents Bourneville et UETA se distinguent par un nombre de réunions hebdomadaires régulières un peu plus fréquentes.

Au global, l'analyse des projets des unités présente donc une organisation très structurée et homogène.

La mission a demandé que lui soient transmis tous les comptes rendus des réunions impliquant les médecins et soignants.

- Dolto a fourni un planning des réunions hebdomadaires et le planning prévisionnel des synthèses d'octobre à décembre (sans traçabilité des synthèses ayant eu lieu de janvier à septembre). Aucun CR de réunion d'équipe n'a été transmis
- Winnicott a fourni la liste des synthèses ayant eu lieu sur le 1^{er} semestre ainsi qu'un planning (en grande partie prévisionnel) des synthèses d'octobre à décembre ;
- Bourneville a fourni uniquement la trame des réunions hebdomadaires de l'unité. Aucun CR de réunion d'équipe ni aucune traçabilité des dates des synthèses n'a été transmis ;
- L'UETA a fourni des CR de réunions d'équipe (soignants / médecins) qui indiquent l'ODJ, la présence des agents (signatures) ainsi qu'un compte rendu pour les réunions du 10/09/2025, 03/10/2025 et 08/10/2025.

Au-delà des réunions relatives aux patients (synthèses, réunions avec les écoles...) tracées dans le DPI, la HAS⁵⁹ requiert que les réunions d'amélioration et de pilotage soient régulières, formalisées et tracées (ODJ/CR/bilan/archivage qualité) dans une logique de qualité du pilotage et de rigueur de l'organisation.

Or la comparaison, entre le programme des réunions annoncé dans les projets d'unités et la traçabilité effectivement fournie pour l'année 2025, met en évidence une rigueur organisationnelle contrastée entre les unités. L'UETA est la seule unité à produire des comptes rendus formels attestant de la tenue de réunions d'équipe, mais cette traçabilité reste partielle au regard du volume de réunions prévues. Dans les unités Dolto et Winnicott, la planification des réunions apparaît structurée, mais aucune réunion institutionnelle ou réunion d'équipe n'est attestée par un compte rendu. L'USA Bourneville, malgré un programme dense, ne fournit aucune traçabilité, hormis un planning hebdomadaire

⁵⁹ HAS – Certification des établissements (Fiche pédagogique "Management par la qualité et les risques", sept. 2025) : « [...] démarches portées par une gouvernance mobilisée, s'ancrent dans une politique claire [...] soutenue par des outils, des méthodes et un système organisationnel cohérent [...] cycle dynamique planification-mise en œuvre-analyse-amélioration... »

théorique. Ainsi, si la planification des réunions est globalement cohérente dans les quatre unités, la traçabilité effective des réunions organisationnelles et institutionnelles demeure largement insuffisante, à l'exception partielle de l'UETA.

Remarque 37 : La traçabilité des réunions d'équipe et des temps institutionnels apparaît largement déficiente : aucune unité, à l'exception partielle de l'UETA, n'a transmis de comptes rendus attestant la tenue de ces réunions pourtant prévues dans les projets d'unités. Cette carence fragilise la rigueur de l'organisation et le pilotage interne (difficulté à suivre les décisions, à assurer la continuité et la régulation collective).

Réf. : HAS – Certification des établissements (Fiche pédagogique "Management par la qualité et les risques", sept. 2025)

10.1.4.3 Démarche qualité des soins

Des retours d'expérience (REX) sont réalisés dans les suites de certains signalements via les fiches d'événement indésirable, en particulier en lien avec les situations de violence (9 REX sur 15 sur la période 2021-2025) :

Tableau 16 : Récapitulatif des REX réalisés depuis 2021 (source établissement)

Année	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de REX	1	3	5	5	1
Dont Violences	1	1	3	3	1

Ces REX et les plans d'action qui en découlent font l'objet d'un suivi par le service qualité, ce qui est conforme aux bonnes pratiques.

L'établissement a transmis un point sur l'état des évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Quatre EPP sont en cours dont trois concernent l'hospitalisation et un les CMP. Les thématiques relatives aux patients hospitalisés sont :

- EPP - vécu du patient post isolement ;
- EPP - Fiche méthodologique : Revue de pertinence isolement ;
- EPP - Risque suicidaire.

À ce stade de l'avancement des EPP, aucune des UEAG n'est concernée (soit car les avancées ont concerné la psychiatrie adulte, soit car l'EPP est en cours de définition et les participants issus des UEAG ne sont pas encore identifiés).

Un conseil des enfants et adolescents des UEAG a été initié en avril 2024 et s'est réuni 3 fois par an, permettant à quatre jeunes représentant leur unité ainsi qu'à la présidente de la CDU d'échanger avec des représentants médicaux, soignants et administratifs. Ses réunions ont fait l'objet d'un CR.

Par ailleurs, il n'existe pas d'outils ou d'indicateurs évaluant la pertinence des soins, et notamment celle perçue par les jeunes patients.

Des « Minutes Qualité » sont organisées par le service qualité, y compris au sein des UEAG, ayant « pour objectif que les équipes de soins s'approprient au plus proche du terrain la démarche qualité et sécurité des soins⁶⁰ ». Deux à trois réunions ont eu lieu par unité sur l'année 2025. Les CR de ces réunions montrent une dynamique centrée sur : la préparation

⁶⁰ D'après le CR des Minutes Qualité de février 2024.

de la certification, la gestion de l'isolement thérapeutique, la formalisation du projet de soins personnalisés, l'appropriation des IQSS (douleur, lettre de liaison), la sécurité numérique, le renforcement de la traçabilité (■■■■■■), la bientraitance, la mise en place du plan de prévention partagé, et l'amélioration des espaces d'apaisement. Les problématiques d'organisation (trousse d'urgence, DASRI, affichages, tenue professionnelle) et de qualité de vie au travail apparaissent aussi. Globalement, les thématiques convergent largement entre unités.

Les efforts louables du service qualité semblent par ailleurs se heurter à des résistances au changement au sein de la FV. Il est ainsi noté dans le compte rendu de réunion de direction du 20/01/2025, au sein du chapitre consacré à la certification : « *Réunions cadres motivés sur PGV plus compliqué à la FV en termes d'enthousiasme et de dynamisme. Les représentants médicaux et soignants plombent la démarche. Pas de niveau intermédiaire, ils ne connaissent pas les attendus, les agents de terrain ne savent rien.* »

Remarque 38 : Il n'existe pas d'outils ou d'indicateurs évaluant la pertinence des soins.

Remarque 39 : L'examen de l'organisation des UEAG met en évidence un pilotage insuffisamment structuré et une faible lisibilité des responsabilités, en lien avec des projets d'unités peu opérationnels et présentant des incohérences. Le recours au « trio d'unité fonctionnelle », dont les rôles ne sont pas clairement définis, entretient une confusion dans la gouvernance et ne permet pas d'assurer un pilotage médical et administratif lisible. La traçabilité lacunaire des réunions d'équipe dans 3 unités sur 4 renforce ce flou organisationnel et limite le suivi des décisions et l'amélioration continue.

10.2. Pertinence et contenu des soins

10.2.1. Caractéristiques des séjours et profils des patients

Les UEAG accueillent majoritairement des enfants et adolescents présentant des troubles du neurodéveloppement (TND), des troubles du comportement et des troubles psychiatriques précoces, incluant des tableaux psychotiques débutants. Sur 2025, l'âge moyen observé au sein des UEAG est de 11,6 ans. La file active d'hospitalisation de semaine apparaît en baisse récente⁶¹, tandis que les durées effectives de prise en charge sont fréquemment prolongées au regard des durées annoncées dans les projets d'unités.

La programmation hebdomadaire (du lundi au vendredi) et les coupures calendaires (vacances scolaires/été) structurent l'organisation des soins ; il en résulte des retours systématiques en milieu familial ou de placement sur des périodes fixes, indépendamment de l'évolution clinique. Dans plusieurs dossiers, les mouvements (admissions/sorties) paraissent corrélés à ces jalons calendaires ; la traçabilité des critères cliniques motivant la poursuite ou la fin de l'hospitalisation demeure hétérogène.

L'analyse du fichier listant nominativement l'ensemble des jeunes patients pris en charge durant l'année 2025, jusqu'à la date de l'inspection (17/11/2025)⁶², fournit les données détaillées ci-après.

⁶¹ L'année 2025 est affectée par la suspension des admissions décidée à la mi-octobre par l'établissement pour permettre aux équipes de se focaliser sur l'arrêt du recours aux enfermements (dans les suites du courrier du DG ARS du 07/10/2025). La projection de la dynamique engagée pour 2025 indique que le nombre de patients se serait établi au-dessous de 70 (de l'ordre de 67 patients)

⁶² Un médecin de la mission a réalisé l'analyse du fichier nominatif des séjours transmis le 06/02/2026. Son analyse a mis en évidence des incohérences qu'il a remontées à l'établissement. Ce dernier a transmis un nouveau fichier le 16/02/2026, que la mission a dû écarter étant en phase de finalisation du rapport. Ceci montre les défauts de traçabilité et de pilotabilité.

Tableau 17 : Répartition des âges des patients pris en charge dans les UEAG

	Unité				Total
	Dolto	Winnicott	UETA	Bourneville	
4 ans	1				1
5 ans	1				1
6 ans	6				6
8 ans		2			2
9 ans	4				4
10 ans	5				5
11 ans	3	4			7
12 ans		1	2		3
13 ans		3	2		5
14 ans			1	2	3
15 ans			1	2	3
16 ans			2	2	4
17 ans			1	4	5
18 ans			1		1
Total	20	10	10	10	50

Tableau 18 : File active (=patients uniques) accueillis au sein des UEAG de 2021 à 2025

Unité	2021	2022	2023	2024	2025
Dolto	42	40	48	33	20
Winnicott Bleue	10	9	10	14	10
Winnicott Verte	9	10	11	8	—
Bourneville	16	11	15	12	12
Haag	9	11	12	9	—
Klein	14	12	13	13	—
UETA	—	—	—	—	10
Séjour Thérapeutique	21	37	39	20	22
Total file active	100	93	109	89	52

Tableau 19 : Durée annuelle moyenne de présence par patient⁶³

Unité	2021	2022	2023	2024	2025
Dolto	27,6	25,0	25,6	28,0	35,7
Winnicott Bleue	125,7	132,4	120,9	83,1	99,5
Winnicott Verte	131,3	113,2	109,2	89,6	-
Bourneville	62,4	141,6	74,9	62,7	70,5
Haag	129,6	132,1	72,5	69,1	-
Klein	125,4	154,8	72,8	61,7	-
UETA	-	-	-	-	60,4
Séjour Thérap.	9,9	6,8	7,4	9,1	6,0
Nb moy journées présence / file active	77,3	90,8	63,0	58,0	63,3

Tableau 20 : Extrait de quelques séjours de jeunes patients au sein des UEAG sur la période 2021-2025⁶⁴ illustrant les prises en charge prolongées avec des temps d'hospitalisation longs.

	2021	2022	2023	2024	2025
Patient 1				8	156
Patient 2		12	42	100	49
Patient 3		159	171	169	97
Patient 4			59	129	97
Patient 5	53	164	132	59	
Patient 6	163	157	148	24	
Patient 7	8	36		110	95

Remarque 40 : Les hospitalisations prolongées, parfois sur plusieurs années, ainsi que le rythme d'ouverture proche d'un établissement médicosocial sont incompatibles la prise en charge continue en pédopsychiatrie d'enfants et d'adolescents dits « très complexes ».

10.2.2. Prise en charge par groupes de pathologies

Ce chapitre s'appuie sur la reprise des principales conclusions de l'experte pédopsychiatre ayant participé à l'inspection et dont la note détaillée figure en annexe 14.8)

10.2.2.1 Troubles du neurodéveloppement (TND)

Dans plusieurs dossiers d'enfants d'âge préscolaire ou scolaire, l'hospitalisation de semaine à visée diagnostique a été mobilisée, y compris en première intention, alors que des évaluations ambulatoires graduées sont possibles (évaluations standardisées et ressources territoriales d'expertise).

La formulation diagnostique est hétérogène : coexistence de libellés selon CIM/DSM et de références à des classifications plus anciennes ; des tests projectifs apparaissent encore à visée diagnostique, sans utilité clinique démontrée pour cet usage.

⁶³ Dans l'analyse, l'année 2025 ne peut être prise en compte de manière fiable en raison de l'arrêt des admissions en octobre. Sur la période 2021-2024, la durée annuelle moyenne de présence par patient a eu tendance à baisser au global. Elle est restée stable à Dolto mais a diminué nettement dans les unités Winnicott et Haag/Klein (devenues UETA). Cette baisse des durées moyennes de présence va dans le sens de la demande de l'ARS IDF formulée lors de la mission d'appui en 2022.

⁶⁴ Des séjours pour lesquels le nombre de journées comptabilisées est supérieur à la durée du séjour (différence entre la date de sortie et la date d'entrée) ainsi que des séjours à cheval sur 2 années ont été exclus de cette extraction.

La documentation d'un travail familial structuré (psychoéducation, guidance parentale, entraînement aux habiletés) reste peu visible dans les dossiers. La mission souligne toutefois la difficulté, souvent importante, à mobiliser certaines familles, en particulier lorsque les situations sont complexes, alors même que le soutien à la parentalité demeure recommandé.

Par ailleurs, s'agissant des TND (notamment TSA), la maîtrise insuffisante des techniques comportementales (gestion des comportements défis, aménagements sensoriels, communication adaptée) au sein des équipes pour les profils TSA contribue à des escalades de comportement dont la résultante est la mise en ERS, exposant ces profils à des effets délétères spécifiques (détresse accrue, risque de traumatismes et d'incidents), à rebours des recommandations nationales et internationales privilégiant des alternatives non restrictives.

Remarque 41 : Dans la prise en charge de mineurs porteurs de TSA, la mobilisation hospitalière de première intention, l'hétérogénéité des classifications diagnostiques (mélange CIM/DSM et classifications anciennes), le recours aux ERS et la faible structuration du travail avec les familles s'écartent des RBPP de la HAS 2018 (parcours gradué, évaluation ambulatoire standardisée, implication parentale) et de la HAS 2012 (interventions psychosociales structurées, guidance parentale), confirmées par les RBPP HAS 2026⁶⁵ publiées post-inspection.

10.2.2.2 Troubles psychiatriques précoces

Pour des adolescents et enfants pris en charge sur des périodes longues pour des troubles psychiatriques précoces (dont les états psychotiques débutants), les interventions structurées attendues sont inégalement présentes dans les dossiers : thérapies cognitivo-comportementales, psychoéducation et travail familial ne sont pas toujours formalisés comme éléments réguliers du plan de soins, tandis que des ateliers à visée occupationnelle constituent souvent l'essentiel de l'emploi du temps sans articulation explicite à des objectifs individualisés.

Sur le plan somatique, l'optimisation pharmacologique au regard de l'âge et des autorisations de mise sur le marché n'est pas systématiquement argumentée.

Le recours à l'expertise externe (centres experts, réunions de concertation pluridisciplinaire) reste peu documenté dans les situations complexes ou résistantes.

Remarque 42 : Dans les prises en charge de troubles psychiatriques précoces, la faible traçabilité d'interventions structurées validées (TCC, psychoéducation, interventions familiales), la prédominance d'ateliers occupationnels non rattachés à des objectifs individualisés, l'argumentation incomplète des choix pharmacologiques au regard de l'âge/AMM et le recours insuffisamment documenté aux centres experts/RCP s'écartent des recommandations AACAP – Clinical Update : Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care (2023) (parcours gradués et interventions fondées sur les preuves) et des données probantes de la méta-analyse Solmi et al., 2023 sur l'efficacité/acceptabilité des interventions psychosociales.

10.2.2.3 Dysrégulation émotionnelle et troubles du comportement sévères

Plusieurs dossiers d'enfants et d'adolescents présentant des troubles de la dysrégulation émotionnelle et des troubles du comportement sévères montrent des prolongations d'hospitalisation de semaine avec un contenu de soins peu étayé scientifiquement. La traçabilité d'un plan individualisé structuré (objectifs opérationnels, étapes, évaluations

⁶⁵ HAS Février 2026 : « Autisme : les nouvelles recommandations pour le nourrisson, l'enfant et l'adolescent »

périodiques) est variable (cf. infra 10.2.3), de même que la formalisation d'un travail parental récurrent.

Remarque 43 : Dans les tableaux cliniques de dysrégulation émotionnelle et troubles du comportement sévères, les hospitalisations de semaine prolongées avec un contenu peu étayé scientifiquement, la variabilité de la formalisation des plans individualisés (objectifs/étapes/évaluations) et la faible structuration du travail parental s'écartent des RBPP (interventions psychosociales structurées dont TCC, entraînements aux habiletés, programmes parentaux ; ajustements pharmacologiques adaptés à l'âge/AMM)⁶⁶.

10.2.2.4 Adolescents en stabilisation et réhabilitation (post-crise)

Dans certaines prises en charge d'adolescents stabilisés, les journées observées s'apparentent à des séquences de réhabilitation (scolarisation externe, ateliers de réadaptation), sans que les pièces consultées explicitent clairement les critères cliniques justifiant la poursuite de l'hospitalisation de semaine plutôt que l'organisation d'un relais en filières de jour ou ambulatoires. La mission est consciente des tensions d'aval (rareté des places), mais rappelle que l'hospitalisation à temps plein ne saurait constituer une solution d'attente.

Les objectifs fonctionnels (autonomie, scolarité, socialisation) sont parfois formulés, mais restent peu instrumentés par des jalons et évaluations inscrits dans la durée.

Remarque 44 : En phase de stabilisation, la poursuite en hospitalisation de semaine alors que les journées s'apparentent à de la réhabilitation (scolarisation externe, ateliers) sans critères cliniques tracés justifiant l'intrahospitalier plutôt qu'un relais HDJ/ambulatoire, et l'insuffisante instrumentation d'objectifs fonctionnels (jalons/évaluations) s'écartent des RBPP rappelant la priorité au milieu le moins restrictif, des durées les plus courtes et un relais rapide vers les alternatives ambulatoires avec progression documentée.

10.2.2.5 Éléments d'alerte

D'après des documents internes transmis à la mission (2023-2025), plusieurs signalements et courriels d'alerte convergent au sujet des pratiques d'un médecin intervenant en ambulatoire et également au sein d'une UEAG.

Les équipes décrivent une perte de confiance et un sentiment d'insécurité pour lui confier certains suivis, avec la nécessité de vérifier a posteriori les actes et prescriptions consignés au dossier.

Des propos inadaptés auraient été tenus à une famille au sujet de l'étiologie de l'autisme. Des décisions thérapeutiques contestées sont rapportées (notamment des modifications de psychotropes en phase non stabilisée et sans concertation tracée, suivies d'une dégradation clinique), ainsi qu'un positionnement clinique en TND minimisant l'intérêt d'évaluations / diagnostics structurés, en contradiction avec le rôle attendu des plateformes TND ; une proposition de formation a d'ailleurs été faite par la hiérarchie médicale.

S'y ajoutent des dysfonctionnements organisationnels (par exemple la fermeture de l'accès d'un service pendant les horaires d'ouverture, des familles devant se présenter de nouveau, et problème de sécurité incendie des locaux).

Les directions et instances médicales ont programmé des réunions de régulation et demandé des explications écrites.

⁶⁶ Zhang Y, Zhang W, Yu E. Systematic Review and Meta-Analysis: Pharmacological and Nonpharmacological Interventions for Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2024 ;34(5):217-225.

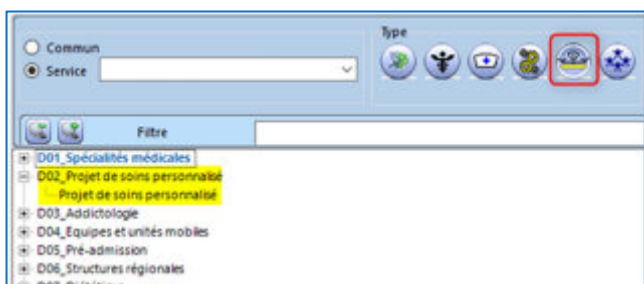
Ces alertes, cohérentes avec d'autres témoignages reçus lors des entretiens, questionnent la conformité et le niveau de la pratique de ce professionnel.

Remarque 45 : S'agissant d'un médecin intervenant à la fois en ambulatoire et au sein d'une UEAG, des alertes internes cohérentes issues de plusieurs sources (2023-2025) rapportent des décisions médicamenteuses non concertées et insuffisamment tracées, un positionnement non conforme en TND (minimisation d'évaluations/diagnostics structurés), des propos inadaptés tenus à une famille et des dysfonctionnements de sécurité (fermeture d'un accès de service en horaires d'ouverture), générant une perte de confiance et un sentiment d'insécurité au sein des équipes.

10.2.3. Projets de soins individualisés (PSI) des patients

Un projet de soins individualisé (PSI) est censé être établi pour chaque jeune patient hospitalisé. Non seulement cela fait partie des exigences fondamentales figurant dans les RBPP et manuels de certification⁶⁷, mais ce point est également rappelé dans de nombreux documents de la FV, dont les projets des unités⁶⁸, le document « *Application des recommandations de bonne pratique de la HAS concernant les TSA* » de mai 2022⁶⁹, etc.

Une procédure « *Élaboration du projet de soins personnalisé du patient* », datée du 31/01/2025 a été transmise à la mission. Elle précise que le projet de soins personnalisé « *s'élabore dès le début du suivi / de l'hospitalisation du patient* » [...] et « *se réactualise tout au long de ce suivi* ». En termes de traçabilité, il est indiqué que « *L'information et l'accord du patient doivent être tracés dans le questionnaire « projet de soins personnalisé » dans le DPI.* » et précise où l'inscrire dans le logiciel [REDACTED] :



Document 5 : Extrait de la procédure « *Élaboration du projet de soins personnalisé du patient* », chapitre 3 : « *Traçabilité dans le DPI* »

Par ailleurs, la mission a demandé que l'ensemble des PSI des jeunes patients hospitalisés le jour de l'inspection lui soient transmis.

En pratique, aucun PSI n'a été transmis pour les patients de l'unité Dolto et un seul pour ceux de l'unité Winnicott. Quatre PSI a été transmis pour l'UETA, dont un correspondant à un patient non présent le jour de l'inspection. Cinq ont été transmis pour l'unité Bourneville, dont

⁶⁷ HAS manuel de certification v2020, critère clé : « *Le patient bénéficie d'un projet de soins personnalisé, formalisé et réévalué.* » ; HAS septembre 2025, « *fiche pédagogique L'évaluation de l'activité de santé mentale et psychiatrie* », p.5 : « *4. Élaborer un projet de soins adapté à la pathologie et au patient [...]* »

⁶⁸ Projet de l'unité Dolto : « *Chaque enfant accueilli en séjour séquentiel ou passerelle dispose d'un projet de soin personnalisé, [...]* » ; Projet de l'unité Winnicott : « *Chaque enfant bénéficie d'un projet de soin personnalisé, élaboré en collaboration avec les parents, et réévalué régulièrement en équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité du praticien hospitalier [...]* » ; Projet de l'unité UETA : « *Le projet de soins individualisé (PSI) : Le PSI est formulé au cours de la synthèse de post-observation, succédant à l'hospitalisation d'observation. [...]* » ; Projet de l'unité Bourneville : « *Le suivi du Projet de Soins Personnalisé (PSP) : Le projet de soins personnalisé (PSP) est élaboré et réactualisé au cours des différentes réunions en équipe pluridisciplinaire [...]* »

⁶⁹ Application des recommandations de bonne pratique de la HAS concernant les TSA, mai 2022 : « *Évaluation initiale du fonctionnement de l'enfant (2) :*

Une évaluation clinique individualisée, portant sur les différents aspects du développement et du fonctionnement de l'enfant et sur son environnement (évaluation multidimensionnelle), précise, détaillée, et dans des contextes variés, est effectuée. Cette évaluation relève d'une démarche coordonnée et permet d'établir un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques, en collaboration avec l'enfant ou l'adolescent, les parents et les professionnels concernés. »

2 (versions initiale et intermédiaire) correspondant à un patient non hospitalisé le jour de l'inspection.

Ainsi, au total, sur 15 patients présents dans les UEAG le jour de l'inspection, seuls 7 PSI ont été transmis.

Les médecins de la mission ayant accès aux DPI, ils ont vérifié s'il n'existait pas malgré tout des projets personnalisés manquants et ont pu confirmer leur absence, sauf pour une patiente.

Des CR de synthèse clinique ont été régulièrement retrouvés dans les dossiers, comportant des éléments relatifs au projet thérapeutique du patient, mais ils abordent généralement le projet de manière parcellaire et sont très souvent rédigés par l'interne seul. Ils ne constituent donc pas un PSI formalisé pouvant être remis au patient et/ou à sa famille.

En 2024, le service Qualité a effectué des contrôles sur la présence du PSI dans les dossiers informatisés sur l'établissement Paul Guiraud. Il est mentionné dans le COPIL qualité du 05/12/2024 que ce travail n'a pas encore été réalisé pour la FV.

Par ailleurs, l'analyse du contenu des projets transmis montre une grande hétérogénéité, certains étant complets et d'autres s'apparentant à un CR de synthèse clinique faisant un point parcellaire sur le séjour en cours⁷⁰.

Le modèle-type de projet de soins personnalisé ne prévoit pas de rubrique « objectifs » et ceux-ci sont regroupés avec la rubrique « Synthèse des actions à mettre en œuvre ».

Lorsque des objectifs sont fixés, ils le sont de manière imprécise (exemple pour un projet de soins à l'étape de « détermination des objectifs » : « *Pouvoir être autonome sur l'extérieur ; Continuer à apprendre à gérer les frustrations ; Travailler la transition entre différents lieux d'accueil* » ; pour un autre à l'étape « intermédiaire » : « *Accompagnement et maintien des acquis sur les gestes et actes du quotidien en œuvre ; Observation si évolution des troubles du comportement ; Réassurance lors des moments de questionnement et d'anxiété* »)

D'autres projets sont évoqués en termes de type de prise en charge mais pas en termes d'objectifs d'acquisitions (ex : *Mise en place de co-entretien avec le psychologue et un soignant* »).

En outre, les projets d'orientation sont évoqués tardivement dans le parcours et sans pilotage précis (cf. infra « l'orientation des jeunes patients »).

**Écart 12 : Le jour de l'inspection, la moitié des patients présents ne disposaient pas d'un projet de soins personnalisé formalisé et tracé dans le DPI selon le référentiel interne, ce qui contrevient aux exigences de la HAS relatives au parcours patient et expose à des décisions non partagées, à des ruptures de continuité et à une information insuffisante des familles. Par ailleurs, les projets transmis présentent une hétérogénéité de complétude marquée.
Réf. : HAS manuel de certification v2020 ; HAS septembre 2025, fiche pédagogique L'évaluation de l'activité de santé mentale et psychiatrie, p.5.**

10.2.4. Travail avec les familles

La mission a retrouvé, de manière générale, des CR d'entretiens avec les titulaires de l'autorité parentale (plus ou moins réguliers selon les patients et les unités), qui consistent

⁷⁰ Voici l'intégralité d'un « projet de soins personnalisé » d'un patient de Winnicott, transmis à la mission : « **Evolution du patient dans son projet de soins** : X peut parfois se montrer inadapté dans ses interactions avec ses pairs. Il peut en effet être à l'origine de mouvement de violence à l'égard de ses pairs, et se montre continuellement dans le test du cadre avec les adultes. Il se montre en confrontation et initie des négociations lors de l'énonciation des consignes. Il montre une progression et semble moins dans l'opposition concernant son hospitalisation qu'au moment de son arrivée. »

en des échanges généraux et des discussions avec les familles. Les professionnels participant à ces réunions sont le plus souvent l'interne seul (toutefois à Bourneville, la présence du psychiatre est régulière), ou accompagné d'un membre de l'équipe (IDE, éducateur ou AS). Dans l'un des dossiers de l'UETA examiné de manière approfondie, la mission n'a relevé aucun entretien familial en 2025 (alors qu'il y en avait de nombreux dans les années précédentes avec la famille d'accueil, en particulier jusqu'en 2023, et alors qu'il est indiqué que le lien avec la famille d'accueil doit absolument être maintenu pour le projet futur).

Au total, l'examen des dossiers médicaux n'a pas permis d'attester d'un accompagnement structuré de guidance parentale (objectifs opérationnels, consolidation des compétences parentales, calendrier/étapes, évaluations régulières, ..), conforme aux attendus des RBPP – notamment l'approche progressive et méthodologique du retour en famille (appréciation de la pertinence, préparation, sécurisation) et la prise en compte active des parents et de l'enfant (HAS, 22 juin 2021, Volet 1 – Le retour en famille).

De même, aucun élément probant n'atteste d'un travail familial répondant à l'approche systémique et au repérage/évaluation des besoins enfant-famille recommandés pour les situations d'enfants présentant des difficultés psychologiques perturbant gravement la socialisation (ANESM/HAS, 2017).

Remarque 46 : L'examen des dossiers médicaux n'a pas permis de démontrer un travail thérapeutique de guidance parentale cohérent avec les RBPP (HAS, 22 juin 2021 : « Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance Volet 1 – Le retour en famille » ; ANESM, octobre 2017 « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation »).

10.2.5. Scolarisation, planning des activités et continuité

Les plannings individualisés montrent, selon les unités, des séquences sans activité et une planification inégale des ateliers. La scolarisation est assurée de manière variable (interne/externe), avec des coupures corrélées aux contraintes institutionnelles.

Dans les documents fournis, l'articulation entre temps pédagogiques et temps de soins reste peu lisible ; le lien entre activités et objectifs cliniques individualisés est rarement explicité.

Remarque 47 : Dans l'organisation des temps de scolarisation et d'activités, l'hétérogénéité de la planification, l'absence d'objectifs individualisés explicités et évalués, et l'impact récurrent des coupures calendaires non compensées par un relais ambulatoire/HDJ tracé s'écartent des RBPP HAS 2012 (interventions et accompagnements : interventions structurées, objectifs individualisés, implication/formation des familles) et HAS 2018 (repérage/diagnostic/évaluation : parcours gradué, standardisation et continuité), complétées par la HAS 2026 (TSA : interventions et parcours), ainsi que du cadre d'organisation des soins en psychiatrie (Arrêté du 5 juillet 2017 : milieu le moins restrictif, durées les plus courtes, continuité et relais rapide vers l'ambulatoire).

10.2.6. Traçabilité du suivi médical

La mission a constaté une traçabilité globalement régulière du suivi médical dans les dossiers, en particulier à Bourneville où le responsable d'unité renseigne lui-même de façon récurrente les éléments médicaux ou apparaît formellement dans les réunions de synthèse, sa présence étant mentionnée dans les comptes rendus.

Dans les unités Dolto et Winnicott, le suivi médical est, le plus souvent, assuré et tracé par [REDACTED], avec une implication variable du [REDACTED] dans la formalisation.

À l'UETA, l'examen détaillé du dossier [REDACTED] au long cours montre qu'en 2025, jusqu'à la date de l'inspection, deux entretiens médicaux individuels ont été documentés et trois comptes rendus (synthèses cliniques et d'hospitalisation) ont été formalisés par [REDACTED], dont un CRH cosigné par [REDACTED].

Écart 13 : La traçabilité des entretiens médicaux (individuels et familiaux), des outils individualisés (comptes rendus de synthèse clinique, projet de soins individualisé) et des évolutions en cours de séjour apparaît hétérogène d'une unité à l'autre. Ces insuffisances contreviennent aux exigences réglementaires de tenue du dossier médical (art. R.1112-2 et R.1112-3 du CSP) et/ou ne permettent pas de démontrer un niveau de qualité/sécurité conforme à l'art. L1110-1 du CSP.

10.2.7. Traçabilité des professionnels non médicaux

De manière générale, la traçabilité des professionnels non médicaux dans les dossiers est très inconstante, voire lacunaire, ce qui est contraire à la constitution d'un dossier unique du patient (Art. R1112-2 et R1112-3 du CSP), à la continuité des prises en charge, mais également à leurs obligations professionnelles :

- la traçabilité des interventions des psychomotriciens est irrégulière, en particulier pour les ateliers et prises en charges individuelles⁷¹, les bilans sont quant à eux tracés et précis ;
- la traçabilité des psychologues est quasiment inexistante en dehors de quelques bilans⁷² alors que les psychologues sont censés réaliser des entretiens psychologiques avec les enfants qui le nécessitent⁷³, même s'ils ne réalisent pas de psychothérapies ;
- la traçabilité des IDE, de jour et de nuit, est très régulière ;
- la traçabilité des éducateurs est quasiment inexistante.

Écart 14 : La traçabilité des professionnels non médicaux entrant dans la prise en charge des patients est très inconstante, hormis celle des IDE, ce qui est contraire au principe d'alimentation régulière du dossier unique des patients, entrant dans la continuité de leur prise en charge (réf. : Art. R1112-2 et R1112-3 du CSP). Cela prive également les patients et leur famille à leur droit à accéder aux informations concernant leur santé (réf. : Art. L.1111-7 du CSP).

10.2.8. Orientation des jeunes patients

L'analyse de plusieurs dossiers de jeunes patients démontre que les orientations sont déterminées tardivement dans les projets ou synthèses et que les efforts mis en œuvre pour organiser l'adressage vers d'autres structures sont manifestement insuffisants. Il en résulte une prolongation des hospitalisations le temps de faire avancer des solutions, sans aucune réflexion critique sur le rôle d'un service d'hospitalisation de pédopsychiatrie, qui n'a pourtant pas vocation à fournir des soins relevant des établissements médicosociaux.

⁷¹ À titre d'exemple, pour une patiente suivie au long cours à l'unité Haag puis à l'UETA, les observations de psychomotricité étaient très régulières en 2022 et 2023 alors que la psychomotricité (qui fait toujours partie de sa prise en charge) n'est désormais plus évoquée que lors des réunions de synthèse, peu fréquentes.

⁷² Pour les psychologues, le bulletin officiel PMSI du 18/07/2024 précise que « les éléments de complexité motivant l'intervention d'un psychologue (...) doivent être tracés dans le dossier médical » et que le codage suppose une traçabilité des motifs et du suivi.

⁷³ Point précisé dans les projets des unités (exemple à l'UETA : « Entretiens individuels avec le psychologue : le psychologue institutionnel peut proposer des temps de co-entretien en présence d'un soignant »).et confirmé lors des entretiens.

D'autant plus que, au sein de certains dossiers des unités Dolto et Winnicott, la mission a pu constater l'absence de toute traçabilité médicale sur des périodes prolongées



Écart 15 : Les projets d'orientation sont énoncés tardivement après le début de la prise en charge en hospitalisation et de manière imprécise. L'absence de pilotage clinique des orientations par les médecins responsables (pas de responsables identifiés, pas d'échéances, pas de relances) conduit à des prolongations non justifiées d'hospitalisation, contraires aux exigences de continuité et d'adéquation aux besoins (réf. : art. L.11101 du CSP) et un dévoiement des missions d'un service d'hospitalisation de pédopsychiatrie vers les missions d'un ESMS.

11. Récapitulatif des écarts et remarques

11.1. Écarts relevés par la mission d'inspection

N°écart	Page rapp.	Constat
E1	16	Il n'a pas été élaboré ni conclu de nouvelle charte de gouvernance [REDACTED] ce qui contrevient au III. de l'article L.6143-7-3 du CSP
E2	18	L'organisation stabilisée et proposée dans le cadre de la demande de renouvellement d'autorisation déposée à l'ARS en décembre 2025 n'a pas été concertée en Directoire ce qui n'est pas conforme à l'article L. 6143-7 du CSP
E3	18	Bien que les pratiques d'isolement et de contention constituaient un événement perturbant l'organisation des soins au sens de l'article L. 6143-7 du CSP, le Directoire ne s'est pas concerté dessus en 2024 et 2025 avant le courrier de l'ARS en octobre 2025.
E4	31	Tout patient doit pouvoir exprimer oralement ou par écrit ses griefs auprès des responsables des services ou du représentant légal de l'établissement, or la direction n'a pas développé d'outils promouvant cette possibilité et la rendant accessible et effective, ce qui contrevient à l'article R1112-91 du CSP
E5	32	L'absence de justification formalisée de restriction de liberté de communication entre les parents et les enfants contrevient à l'article L.1111-4 du CSP.
E6	33	Les conditions dans lesquelles sont exercées les communications téléphoniques des enfants et adolescents avec leur proches et parents, vont à l'encontre du respect de la dignité (article L.1110-2 du CSP), du droit au respect de la vie privée (L.1110-4 du CSP) de l'enfant, du droit au maintien des liens avec la famille (L. 1111-1 du CSP) et aussi au droit de l'enfant d'exprimer librement son opinion (article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant -CIDE-).
E7	52	Les disponibilités partielles d'espaces d'apaisement au sein des UEAG, le maintien d'ERS ne répondant pas aux exigences d'environnement (notamment dispositif d'appel, accès sanitaire, repères temporels) et la présence de dispositifs de verrouillage non ouvrables de l'intérieur d'une chambre constatée, ne sont pas conformes à la loi (art. L32112 du CSP), aux RBPP applicables (HAS 2017 : « Isolement et contention en psychiatrie générale ») et aux engagements de l'établissement.
E8	54	La mise en œuvre d'isolements au sein des UEAG, sans aucune visibilité réelle (absence de registre consolidé opérationnel, d'audits réguliers et de rapport annuel), ni volonté d'analyse de la part de l'encadrement administratif, médical et soignant, ne permet pas de maîtriser les risques et affecte la capacité d'autoévaluation, ce qui aboutit à négliger de traiter une problématique majeure touchant au droit, à la santé et à la sécurité des mineurs accueillis, et contrevient aux articles L. 1110-1 et L. 3222-5-1du CSP.
E9	57	[REDACTED] ne se sont pas assurés de la tenue conforme du dossier médical (prescriptions datées/horodatées, signatures lisibles, décisions motivées) de chaque patient, ni de la supervision des décisions d'isolement initiées par les équipes, ce qui contrevient aux obligations réglementaires de contenu et de traçabilité du dossier (réf. : Art. R.1112-2 et R.1112-3 du CSP).

N°écart	Page rapp.	Constat
E10	57	Malgré l'absence d'exhaustivité et une traçabilité défaillante, l'analyse du fichier des isolements révèle un recours massif à l'isolement des mineurs (71 isolements pour 14 enfants) au sein des UEAG, pour des durées prolongées (1h11 min en moyenne), des décisions majoritairement prises par les équipes et un non-respect de l'ensemble de la procédure de mise en isolement. Ces pratiques affectent gravement la qualité et la sécurité de la prise en charge des mineurs accueillis et contreviennent aux articles L.3222-5-1 et L.1110-1 du CSP.
E11	58	Des occurrences de contentions sont observées sans suivi consolidé et sans intégration dans un registre permettant l'analyse rétrospective et la prévention des récidives.
E12	79	Le jour de l'inspection, la moitié des patients présents ne disposaient pas d'un projet de soins personnalisé formalisé et tracé dans le DPI selon le référentiel interne, ce qui contrevient aux exigences de la HAS relatives au parcours patient et expose à des décisions non partagées, à des ruptures de continuité et à une information insuffisante des familles. Par ailleurs, les projets transmis présentent une hétérogénéité de complétude marquée. Réf. : HAS manuel de certification v2020 ; HAS septembre 2025, fiche pédagogique L'évaluation de l'activité de santé mentale et psychiatrie, p.5.
E13	80	La traçabilité des entretiens médicaux (individuels et familiaux), des outils individualisés (comptes rendus de synthèse clinique, projet de soins individualisé) et des évolutions en cours de séjour apparaît hétérogène d'une unité à l'autre. Ces insuffisances contreviennent aux exigences réglementaires de tenue du dossier médical (art. R.1112-2 et R.1112-3 du CSP) et/ou ne permettent pas de démontrer un niveau de qualité/sécurité conforme à l'art. L1110-1 du CSP.
E14	81	La traçabilité des professionnels non médicaux entrant dans la prise en charge des patients est très inconstante, hormis celle des IDE, ce qui est contraire au principe d'alimentation régulière du dossier unique des patients, entrant dans la continuité de leur prise en charge (réf. : Art. R1112-2 et R1112-3 du CSP). Cela prive également les patients et leur famille à leur droit à accéder aux informations concernant leur santé (réf. : Art. L.1111-7 du CSP).
E15	82	Les projets d'orientation sont énoncés tardivement après le début de la prise en charge en hospitalisation et de manière imprécise. L'absence de pilotage clinique des orientations par les médecins responsables (pas de responsables identifiés, pas d'échéances, pas de relances) conduit à des prolongations non justifiées d'hospitalisation, contraires aux exigences de continuité et d'adéquation aux besoins (réf. : art. L.11101 du CSP) et un dévoiement des missions d'un service d'hospitalisation de pédopsychiatrie vers les missions d'un ESMS.

11.2. Remarques relevées par la mission d'inspection

N°rem.	Page rapp.	Constat
R1	14	En n'ayant pas mené à son terme les dispositifs de formalisation initialement prévus pour accompagner la fusion (en particulier l'analyse d'impact, le document cadre relatif à l'évolution de la gouvernance et le bilan à un an), la direction n'a pas pleinement tenu compte de la recommandation de la Chambre régionale des comptes d'Ile de France, qui invitait expressément l'établissement « à renforcer la formalisation de la fusion » afin d'en sécuriser le pilotage et d'en optimiser les gains d'efficience.
R2	15	Le projet managérial et de gouvernance n'a pas obtenu l'aval des représentants du personnel et a été élaboré sans prendre en compte les changements issus de la fusion.
R3	16	Les actions de la feuille de route sont nombreuses mais l'évaluation de la capacité à les porter toutes n'y figure pas, alors que les ressources médicales effectivement disponibles sont en tension.
R4	16	Le conseil de surveillance n'a pas mis à l'ordre du jour, en 2024 et 2025, le recours à l'isolement au sein des unités d'hospitalisation de enfants et adolescents.
R5	19	L'éloignement opérationnel de la direction générale, conséquence de la fusion et du regroupement des directions PG et FV, intervient à un moment où elle doit pourtant piloter de très près les évolutions de pratiques et d'organisation. Cette distance complique la conduite du changement, d'autant que les équipes expriment des résistances et parfois des oppositions.
R6	20	Depuis le 1er janvier 2025, 17,5% des personnels non médicaux (dont les personnels éducatifs) relèvent désormais de l'autorité de la direction médicosociale. Ce transfert, mis en œuvre dans un contexte de tensions, de résistances et de légitimité encore en consolidation pour cette direction, n'a pas été suffisamment anticipé ni préparé. Il a ainsi exposé la direction médicosociale à plusieurs risques : d'une part un risque professionnel de surmenage, d'autre part une possible réduction de sa capacité d'animation managériale auprès des personnels nouvellement rattachés, et enfin une fragilisation de la diffusion des règles et bonnes pratiques relatives aux mesures de contention et d'isolement.
R7	21	Bien que des orientations structurantes relatives aux isolements aient été actées dès 2021 (déploiement d'espaces d'apaisement, traçabilité et actualisation des procédures, programme de formations, rénovation des ERS), elles n'ont pas été menées à leur terme. La décision de suppression n'a été affichée par la direction qu'à l'été 2025, et le début de sa mise en œuvre effective n'est intervenu (incomplètement) qu'à la suite de la mise en demeure du DG ARS à la mi-octobre 2025.
R8	24	La multiplicité et la variabilité des organigrammes traduisent moins une gouvernance stabilisée qu'un pilotage encore en ajustement. Cette instabilité limite la lisibilité des responsabilités et fragilise la structuration de la chaîne hiérarchique, ce qui, dans un contexte déjà tendu, peut contribuer à des pertes de repères et à une dégradation du climat social.
R9	25	Les intérimaires des chefferies de services et d'unités, [REDACTED], les récentes arrivées de cadres paramédicaux, notamment les cadres de pôles qui cumulent d'autres responsabilités, dénotent un encadrement fragilisé et instable pour être la « courroie essentielle » de déploiement des bonnes pratiques comme l'a annoncé la PCME dans sa feuille de route.
R10	26	Les avis défavorables des représentants du personnel sont en 2025 quasi systématiques, ce qui atteste d'un climat social tendu et clivé.

N°rem.	Page rapp.	Constat
R11	27	L'appropriation et la déclinaison concrète, au sein des unités de la FV, des objectifs et actions du plan qualité et de la politique qualité ne sont pas suffisamment effectives.
R12	28	L'ensemble des actions du PQSS 2025 relatives à l'isolement, à la contention et à la gestion de la violence forme un bloc hétérogène, certaines sont inachevées voire dépourvues de pilote.
R13	30	La transformation des espaces d'isolement en espaces d'apaisement (site de Gentilly, hors ULPIJ) n'était pas achevée au 31 octobre 2025, alors qu'elle constituait une action prioritaire depuis 2021. Le jour de l'inspection, ces espaces n'étaient pas transformés et certaines unités, dont Bourneville et Winnicott, ne disposaient toujours pas de salle d'apaisement.
R14	33	L'absence d'implication des titulaires de l'autorité parentale est susceptible de compromettre l'effectivité de l'hospitalisation, d'altérer les bénéfices attendus de la prise en charge et de fragiliser la continuité du parcours au retour à domicile, augmentant le risque de rupture de prise en charge.
R15	39	La mission a reçu les preuves de formation de vingt-trois professionnels qui ont quitté l'établissement depuis le suivi des formations.
R16	40	Les présentations des unités sur le site internet du GHT ne donnent pas les mêmes informations sur les modalités d'hospitalisation que celles prévues par les projets d'unité transmis.
R17	42	Avec cinq lits d'occupés au maximum en 2025, l'unité Dolto a eu une activité encore plus faible que celle prévue par son fonctionnement dégradé (à 7 lits au lieu de 10).
R18	42	Les unités qui ferment les week-ends et pendant les vacances fonctionnent plus comme des structures médico-sociales (IME, ITEP) que comme des unités d'hospitalisation.
R19	42	En l'absence de mention, sur le site internet de l'établissement, dans le livret d'accueil ou dans les projets d'unité, des calendriers, pourtant distincts, d'ouverture des unités d'hospitalisation pour enfants et adolescents, le défaut d'information et de formalisation, déjà relevé par la Chambre régionale des comptes dans son rapport de 2022, demeure.
R20	43	Des dix demandes d'admission (sur cinquante-deux) à l'unité Dolto en 2025 mises sur liste d'attente et des dix classées "à programmer à la demande", aucun de ces jeunes n'a bénéficié d'une hospitalisation.
R21	43	L'absence de profils cliniques documentés pour six des dix-huit jeunes admis à l'unité Dolto, les incohérences entre le tableau des admissions et celui des mouvements (deux hospitalisations non renseignées, un jeune indiqué « en liste d'attente » alors qu'il a été hospitalisé), l'origine non précisée de deux demandes montrent que les décisions d'admission ne reposent pas sur des critères objectifs, transparents et traçables. Cette situation est d'autant plus problématique que seules dix-huit des cinquante-deux demandes ont été satisfaites bien que des lits ouverts soient inoccupés.
R22	44	Les durées moyennes de séjour réellement observées (8,50 mois en 2024 et 9,24 mois en 2025 à Winnicott, 2,18 mois en 2024 et 4,35 mois en 2025 à Dolto) s'écartent fortement des durées annoncées de quelques semaines dans les documents institutionnels (site internet, livret d'accueil, projet d'unité). Ces durées, atteignant parfois près de deux ans plus les plus longs séjours (672, 565 ou 537 jours), correspondent davantage à celles observées en structures médicosociales (IME, ITEP) qu'à celles attendues en hospitalisation complète pédopsychiatrique.
R23	44	Lors de la fermeture estivale d'un mois (du 26 juillet au 25 août en 2025), plusieurs séjours ont pris fin, ce qui dénote des sorties moins liées à une évolution

N°rem.	Page rapp.	Constat
		de l'état clinique qu'à des logiques d'organisation interne, et crée une inégalité de traitement.
R24	45	Les modalités actuelles de retours réguliers en famille ou en foyer, sans dispositif de réintégration en unité en cas de crise, ne sont pas cohérentes avec la complexité, énoncée lors des entretiens, des situations des enfants pris en charge.
R25	45	L'absence de critères partagés et opposables pour l'autorisation d'un second appel ne permet pas d'apprécier la prévisibilité, l'équité de traitement entre enfants, ni la traçabilité des décisions, alors même que ces éléments participent de l'information des représentants légaux et de la qualité et de la sécurisation des pratiques.
R26	46	Les séquences sans activité, lorsqu'elles ne sont pas justifiées (état clinique, nécessité de repos, modalités thérapeutiques spécifiques), exposent à un risque de désœuvrement et interrogent la capacité de l'unité à proposer une structuration cohérente de la journée au regard de l'âge et des besoins des enfants accueillis et de leur projet thérapeutique.
R27	47	L'absence de planification des activités et de leur formalisation au sein de fiches de présentation ne permet pas d'apprécier la cohérence entre activités, objectifs de prise en charge et besoins individualisés, ni de vérifier l'existence d'une démarche d'évaluation.
R28	47	Compte tenu de l'âge des enfants et de l'éloignement des parents sur la semaine, l'accessibilité effective aux objets de réassurance (tels que les doudous) constitue un élément de sécurisation émotionnelle. L'organisation matérielle constatée expose à une limitation pratique de cet accès et interroge la prise en compte des besoins affectifs au quotidien.
R29	47	Les observations de la mission sur l'une des chambres dénotent un défaut de coordination et de traçabilité autour d'un aménagement qui ne respecte pas la dignité de l'enfant, un droit prévu par l'article L.1110-2 du CSP et la charte du patient hospitalisé.
R30	48	La tenue de réunions sur des temps de présence des enfants réduit le taux d'encadrement et donc la qualité et la sécurité de la prise en charge.
R31	60	La diffusion des compétences de désescalade et l'appropriation des outils individualisés de prévention des crises demeurent incomplètes au regard des besoins des UEAG et des attendus du programme de la HAS « Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement » (septembre 2016).
R32	62	Les éléments recueillis (discours minimisant la durée et la portée des isolements, recours à un vocabulaire d'« apaisement » euphémisant, dépendance organisationnelle au fonctionnement avec les ERS et évitement des thématiques isolement/contention dans les espaces de réflexion) traduisent une banalisation des pratiques restrictives, en décalage avec les attendus des RBPP de la HAS (Programme « Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement », sept. 2016) qui visent une prévention structurée, une information loyale et un questionnement éthique continu.
R33	63	Aucun document concret de projet médical relatif à la pédopsychiatrie, diffusable aux équipes et aux partenaires, n'a été formalisé au sein du GH FV-PG.

N°rem.	Page rapp.	Constat
R34	68	Les projets des UEAG ne définissent pas un cadre thérapeutique conforme aux recommandations actuelles de la pédopsychiatrie : ils ne justifient pas le recours à l'hospitalisation complète, présentent des indications trop larges et un positionnement inadapté, et n'intègrent ni les risques liés aux hospitalisations prolongées ni l'organisation graduée des parcours. Ils sont par ailleurs hétérogènes, parfois incohérents et ne traduisent pas une spécialisation clinique réelle (réf. : HAS 2012 – Autisme : intervention et accompagnements ; HAS 2018 : Autisme : repérage, diagnostic, évaluation ; AACAP (2023) – Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care ; Capdevielle et al., 2013 ; Nöhles et al., 2023 ; SDBP (2020) - Complex ADHD, clinical practice guideline et JCAP 2024 - DMDD (revue systématique)).
R35	70	Le poids déterminant et unique du Collège professionnel des psychologues dans des décisions structurantes (recrutements, orientations méthodologiques) fragilise l'équilibre de la gouvernance et la pluralité des approches, au regard des pratiques de management de la qualité et des attendus du développement professionnel continu (adossement aux données de la science et pluralité des points de vue).
R36	70	Le recours au « trio d'unité fonctionnelle » apparaît peu pertinent pour le pilotage des unités, car il confond des rôles décisionnels et des rôles de régulation des pratiques. L'intégration du psychologue institutionnel dans ce trio crée une ambiguïté structurelle, celui-ci se retrouvant à la fois acteur du pilotage et animateur des groupes d'analyse des pratiques, alors que ces derniers exigent un facilitateur neutre et non impliqué dans les enjeux internes. Cette organisation fragilise la lisibilité du pilotage des unités.
R37	71	La traçabilité des réunions d'équipe et des temps institutionnels apparaît largement déficiente : aucune unité, à l'exception partielle de l'UETA, n'a transmis de comptes rendus attestant la tenue de ces réunions pourtant prévues dans les projets d'unités. Cette carence fragilise la rigueur de l'organisation et le pilotage interne (difficulté à suivre les décisions, à assurer la continuité et la régulation collective). Réf. : HAS – Certification des établissements (Fiche pédagogique "Management par la qualité et les risques", sept. 2025)
R38	73	Il n'existe pas d'outils ou d'indicateurs évaluant la pertinence des soins.
R39	73	L'examen de l'organisation des UEAG met en évidence un pilotage insuffisamment structuré et une faible lisibilité des responsabilités, en lien avec des projets d'unités peu opérationnels et présentant des incohérences. Le recours au « trio d'unité fonctionnelle », dont les rôles ne sont pas clairement définis, entretient une confusion dans la gouvernance et ne permet pas d'assurer un pilotage médical et administratif lisible. La traçabilité lacunaire des réunions d'équipe dans 3 unités sur 4 renforce ce flou organisationnel et limite le suivi des décisions et l'amélioration continue.
R40	75	Les hospitalisations prolongées, parfois sur plusieurs années, ainsi que le rythme d'ouverture proche d'un établissement médicosocial sont incompatibles la prise en charge continue en pédopsychiatrie d'enfants et d'adolescents dits « très complexes ».
R41	75	Dans la prise en charge de mineurs porteurs de TSA, la mobilisation hospitalière de première intention, l'hétérogénéité des classifications diagnostiques (mélange CIM/DSM et classifications anciennes), le recours aux ERS et la faible structuration du travail avec les familles s'écartent des RBPP de la HAS 2018 (parcours gradué, évaluation ambulatoire standardisée, implication parentale) et de la HAS 2012 (interventions psychosociales structurées, guidance parentale), confirmées par les RBPP HAS 2026 publiées post-inspection.

N°rem.	Page rapp.	Constat
R42	76	Dans les prises en charge de troubles psychiatriques précoces, la faible traçabilité d'interventions structurées validées (TCC, psychoéducation, interventions familiales), la prédominance d'ateliers occupationnels non rattachés à des objectifs individualisés, l'argumentation incomplète des choix pharmacologiques au regard de l'âge/AMM et le recours insuffisamment documenté aux centres experts/RCP s'écartent des recommandations AACAP – Clinical Update : Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care (2023) (parcours gradués et interventions fondées sur les preuves) et des données probantes de la méta-analyse Solmi et al., 2023 sur l'efficacité/acceptabilité des interventions psychosociales.
R43	76	Dans les tableaux cliniques de dysrégulation émotionnelle et troubles du comportement sévères, les hospitalisations de semaine prolongées avec un contenu peu étayé scientifiquement, la variabilité de la formalisation des plans individualisés (objectifs/étapes/évaluations) et la faible structuration du travail parental s'écartent des RBPP (interventions psychosociales structurées dont TCC, entraînements aux habiletés, programmes parentaux ; ajustements pharmacologiques adaptés à l'âge/AMM).
R44	77	En phase de stabilisation, la poursuite en hospitalisation de semaine alors que les journées s'apparentent à de la réhabilitation (scolarisation externe, ateliers) sans critères cliniques tracés justifiant l'intrahospitalier plutôt qu'un relais HDJ/ambulatoire, et l'insuffisante instrumentation d'objectifs fonctionnels (jalons/évaluations) s'écartent des RBPP rappelant la priorité au milieu le moins restrictif, des durées les plus courtes et un relais rapide vers les alternatives ambulatoires avec progression documentée.
R45	77	S'agissant d'un médecin intervenant à la fois en ambulatoire et au sein d'une UEAG, des alertes internes cohérentes issues de plusieurs sources (2023-2025) rapportent des décisions médicamenteuses non concertées et insuffisamment tracées, un positionnement non conforme en TND (minimisation d'évaluations/diagnostics structurés), des propos inadaptés tenus à une famille et des dysfonctionnements de sécurité (fermeture d'un accès de service en horaires d'ouverture), générant une perte de confiance et un sentiment d'insécurité au sein des équipes.
R46	80	L'examen des dossiers médicaux n'a pas permis de démontrer un travail thérapeutique de guidance parentale cohérent avec les RBPP (HAS, 22 juin 2021 : « Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance Volet 1 – Le retour en famille » ; ANESM, octobre 2017 « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation »).
R47	80	Dans l'organisation des temps de scolarisation et d'activités, l'hétérogénéité de la planification, l'absence d'objectifs individualisés explicités et évalués, et l'impact récurrent des coupures calendaires non compensées par un relais ambulatoire/HDJ tracé s'écartent des RBPP HAS 2012 (interventions et accompagnements : interventions structurées, objectifs individualisés, implication/formation des familles) et HAS 2018 (repérage/diagnostic/évaluation : parcours gradué, standardisation et continuité), complétées par la HAS 2026 (TSA : interventions et parcours), ainsi que du cadre d'organisation des soins en psychiatrie (Arrêté du 5 juillet 2017 : milieu le moins restrictif, durées les plus courtes, continuité et relais rapide vers l'ambulatoire).

12. Conclusion

Le rapport met en évidence un recours fréquent et régulier aux mesures d'isolement dans les unités d'hospitalisation pour enfants et adolescents, d'autant plus préoccupant que leur traçabilité demeure insuffisante, leur enregistrement lacunaire et leur encadrement défaillant.

L'usage de l'isolement, banalisé par une partie des professionnels, traduit une maîtrise incomplète des compétences requises pour sa prévention, sa limitation et le déploiement de pratiques d'apaisement adaptées.

Bien que des orientations structurantes relatives aux isolements aient été actées dès 2021 (déploiement d'espaces d'apaisement, traçabilité et actualisation des procédures, programme de formations, rénovation des ERS) elles n'ont pas été menées à leur terme. Sur la période 2021 - 2025, l'encadrement médico-soignant a privilégié le maintien d'isolements « encadrés » plutôt que leur suppression.

Cette situation s'est installée durablement, en lien avec un pilotage tardif (la décision de suppression n'a été affichée par la direction qu'à la fin de l'été 2025, et sa mise en œuvre effective n'est intervenue - incomplètement - qu'à la suite de la mise en demeure du DG ARS à la mi-octobre 2025) et insuffisant pour être à la hauteur des transformations nécessaires du fait de la complexité de l'environnement :

- Des résistances et oppositions internes persistantes ;
- Une gouvernance fragilisée par les réorganisations hiérarchiques et fonctionnelles consécutives à la fusion ;
- Un ancrage culturel fort du recours à l'isolement ;
- Un affaiblissement de l'encadrement intermédiaire, accentué par de nombreux postes vacants (pédopsychiatres, IDE) ;
- Une pluralité de dysfonctionnements cliniques et organisationnels qui forment un frein à la cessation des pratiques tout en érodant autant la qualité que la pertinence des hospitalisations malgré des besoins territoriaux importants dans le Val-de-Marne.

La mission souligne toutefois l'implication d'un nombre significatif de professionnels, formés aux pratiques d'apaisement et convaincus de leur intérêt, désireux d'accompagner les équipes dans leur appropriation. La mobilisation de la direction générale, de la gouvernance médicale (PCME, CME) et de l'encadrement supérieur (en particulier la cheffe du pôle « urgences et expertise ») constitue un levier essentiel.

À la suite du courrier du directeur général de l'ARS du 7 octobre 2025 et dans le cadre de la mesure de suspension d'urgence, l'établissement a réagi rapidement : réévaluation des 14 enfants et adolescents hospitalisés, réorientation au regard de leurs besoins actualisés, en concertation avec les familles et avec le soutien de la Délégation départementale du Val-de-Marne. Les engagements pris par la gouvernance administrative et médicale dépassent le seul champ des bonnes pratiques d'apaisement : ils engagent une recomposition de l'organisation des unités et un repositionnement de l'offre d'hospitalisation complète, amorcés lors du renouvellement des autorisations.

Si le défi est considérable, en raison des résistances internes, de la fragilisation managériale, de l'ampleur des transformations nécessaires et de l'historicité des pratiques à réformer, la mission exprime néanmoins sa confiance dans la capacité de la direction générale, de la PCME, de la CME et de l'encadrement supérieur à porter et piloter cette dynamique de changement. Les actions engagées témoignent d'une réactivité et d'un alignement stratégique constituant un socle solide pour conduire les transformations requises.

Fait à Saint-Denis, le 19 mars 2026



13. Récapitulatif des sigles et acronymes utilisés dans le rapport

ARS IDF	Agence régionale de santé d'Ile-de-France
AS	Aide-soignant
BP	Bulletin de paie
CAP	Centre adolescents et parents
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDU	Commission des usagers
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CSE	Comité social d'établissement
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CPAM 94	Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
CPS	Carte de professionnel de santé
CSP	Code de la santé publique
DAE	Défibrillateur automatique externe
DASRI	Déchet d'activité de soins à risques infectieux
DD 94	Délégation départementale ARS du Val-de-Marne
DGA	Directeur général adjoint
DGARS	Directeur général de l'Agence régionale de santé
DM	Dispositifs médicaux
DRH	Direction des ressources humaines
EI	Événement indésirable
EIG	Événement indésirable grave
EJE	Éducateur.trice jeunes enfants
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé
ERS	Espace de repos sécurisé
ES	Éducateur.trice spécialisé.e
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HdJ	Hôpital de jour
ICA	Isolement contention apaisement
IRAS	Inspection régionale autonomie santé (= service d'inspection de l'ARS IDF)
ME	Moniteur.trice éducateur.trice
UETA	Unité d'évaluation et de traitement
UJTP	Unité de jour à temps partiel
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
USIA	Unité de soins intensifs ambulatoires
ULPIJ	Urgences liaison en psychiatrie infanto-juvénile
USI	Unité de soins intensifs
USO	Unité de soins et d'observation
UTPA	Unité transitionnelle pour adolescent
PCME	Présidente de la commission médicale d'établissement
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMR	Personne à mobilité réduite
PV	Procès-verbal
RBPP	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RF	Règlement de fonctionnement
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAU	Service d'accueil des urgences

14. Annexes

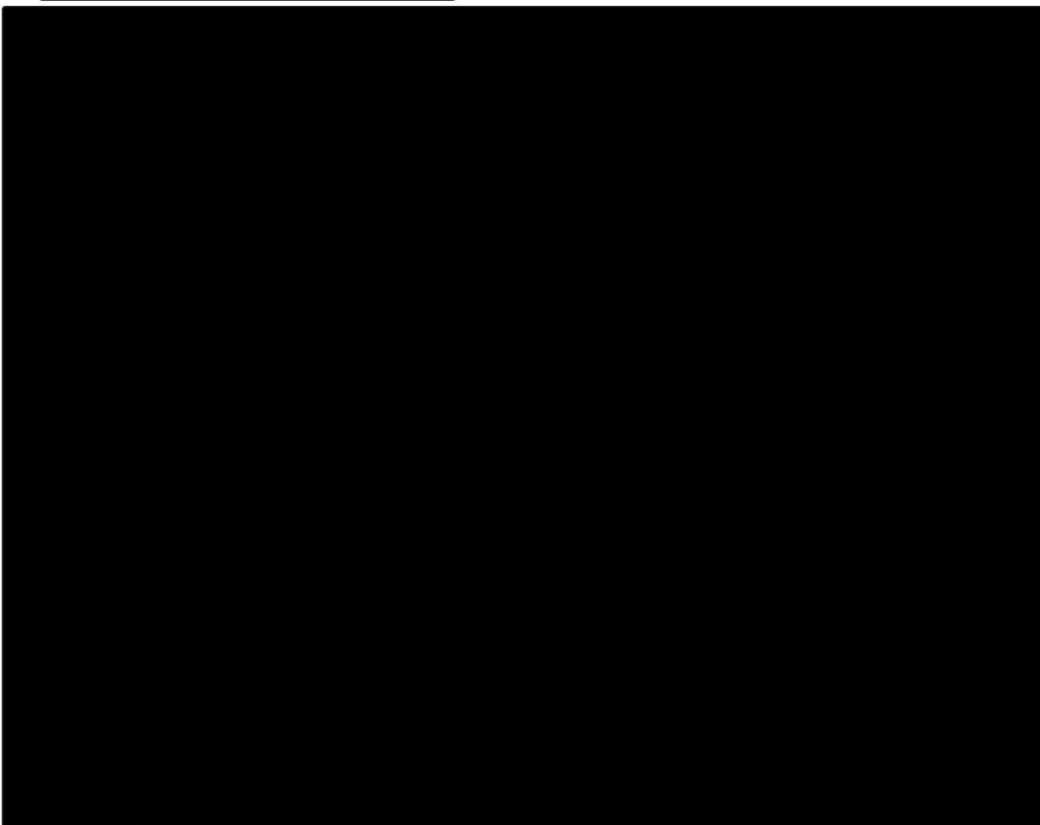
14.1. Annexe 1 : Lettre de mission des agents de l'ARS IDF



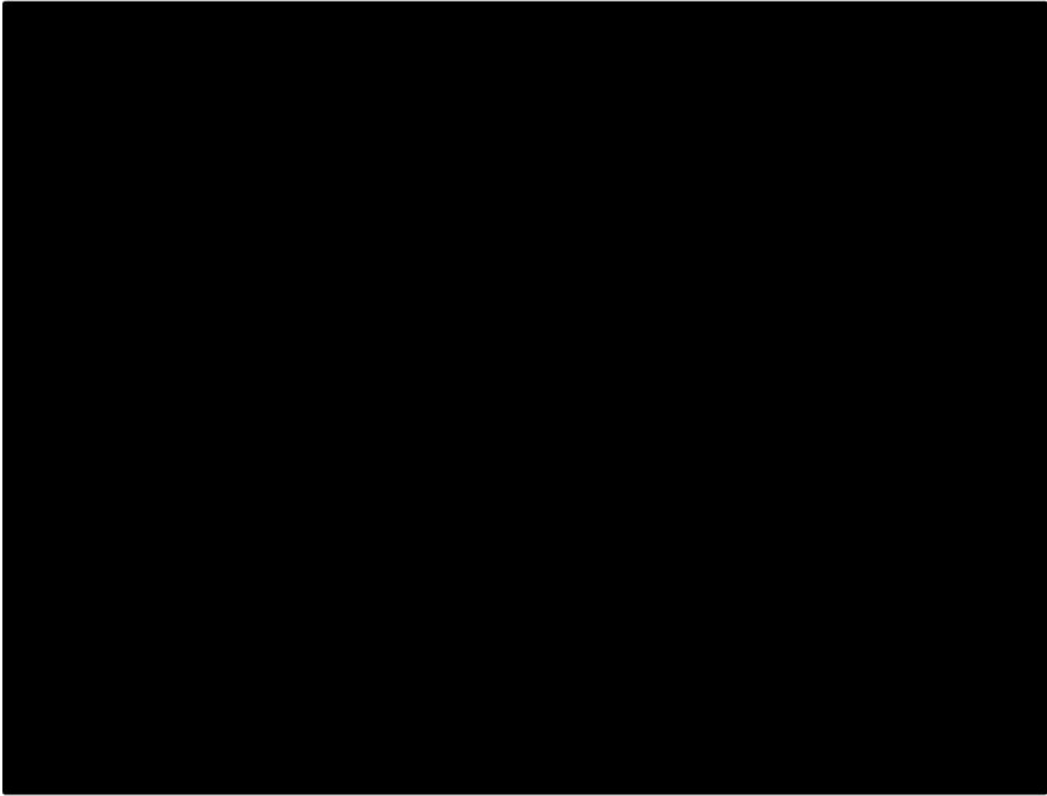
Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé



Saint Denis, le 17 novembre 2025



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



14.2. Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'inspection

Des entretiens ont été réalisés le jour de l'inspection et après l'inspection en visioconférence avec les professionnels suivants

- Sept membres du CODIR ;
- La présidente de la CME ;
- Six psychiatres ;
- Neuf cadres de santé ;
- Sept psychologues / neuropsychologues ;
- Deux IDE

En plus de ces entretiens, la mission a rencontré et échangé avec plusieurs professionnels avec, notamment des échanges posés dans une salle avec les équipes de Dolto d'une part et Winnicott d'autre part (étaient a minima présents : 2 cadres de santé, 2 IDE, 3 AS, 2 psychomotriciens, 6 éducateurs spécialisés)

14.3. Annexe 3 : Liste des documents demandés

Documents qui étaient à remettre à la mission à son arrivée

Nature du document demandé
Liste nominative des agents et CDD présents aux jours de l'inspection avec précision si mandat représentant du personnel
Liste nominative des jeunes présents
Planning des agents au jour de l'inspection
Planning d'activités de la semaine
Pour les deux médecins : login et mot de passe pour accès complet aux données de santé dans les logiciels métier

Documents auxquels il était demandé sans délai accès

Nature du document demandé
Registre des jeunes janvier octobre 2025
État réel d'avancée du Plan actions 2022
Cahiers de transmissions si informatique de janvier à octobre 2025: accès au logiciel pour les inspecteurs
Registre des entrées et des sorties (articles L.331-2 et R.331-5 du CASF)
Dossiers des jeunes présents
Dossiers des jeunes sortis
Dossiers du personnel

Documents qui étaient à transmettre dans un délai de 7 jours

Nature du document demandé
Tableau des personnels salariés actualisé par catégorie professionnelle, avec date de recrutement, nature du contrat (CDI, CDD, intérim), fonction exercée et lieu d'intervention au 30 octobre 2025 (format Excel).
Document définissant la politique de l'établissement visant à diminuer le recours à l'isolement ou à la contention mécanique (si existant)
Organigramme actualisé et nominatif du GHT Fondation Vallée.
Organigramme actualisé et nominatif des pôles enfants / adolescents.
Liste des numéros RPPS de tous les médecins et des numéros d'enregistrement à l'ordre pour les IDE.
Liste au jour de l'inspection des enfants accueillis, comportant nom, date de naissance, date d'entrée, département d'origine, unité, régime de protection juridique, numéro de chambre si hospitalisation (format Excel).
Liste nominative des médecins internes, avec leur année d'internat et le planning des gardes à jour du 1er janvier au 31 octobre 2025.

Fiches de poste médicales
Diplômes de tous les salariés (copie des diplômes et titres professionnels).
Bulletins de paie de l'ensemble du personnel pour les mois de septembre à novembre 2025.
Registre unique du personnel (format Excel).
Planning théorique et réalisé des personnels (jour et nuit) sur les 6 derniers mois, avec explication des sigles et légendes (hospitalisation) format Excel
Maquette organisationnelle des équipes jour et nuit, précisant le nombre de soignants par jour et par nuit, par unité, par étage et par catégorie professionnelle.
Organisation de la permanence de la fonction de direction (procédure de mise en place des astreintes, calendrier des astreintes actualisé).
Organisation de la permanence médicale : procédures, chartes relatives à la continuité des soins, modalités d'astreinte et de présence médicale. Planning des gardes et astreintes des 2 mois précédents et du mois en cours.
Liste et contenu des EPP (évaluation des pratiques professionnelles) réalisées, depuis 2024 et des personnels concernés
Documents relatifs à la gestion des conflits entre salariés
Liste des contentieux en cours auprès des salariés
DUERP
Tableau à compléter sur les réunions d'équipe
Mesures de soutien des professionnels face aux comportements problèmes : référence, formations, supervision, etc.
Charte de gouvernance de l'établissement (version signée du 24 octobre 2023).
PV depuis 2024 des réunions des instances : comité de surveillance, comité bientraitance et éthique, comités de pilotage de gestion des risques, CSE.
Documents de subdélégation du directeur aux cadres et salariés (subdélégations de signature et de fonction).
Projet de service, incluant le projet de soins, accompagné du plan d'action et du dispositif de suivi actualisé.
Outils de programmation et de pilotage de l'activité pour 2025 (tableaux de bord, indicateurs principaux utilisés par la direction).
Document définissant la politique de l'établissement visant à diminuer le recours à l'isolement ou à la contention mécanique (si existant)
Plan, protocoles et procédures de prévention de la maltraitance, incluant la politique de bientraitance.
PV depuis 2024 des réunions des instances : comités de pilotage de gestion des risques
Rapports annuels 2023, 2024 et 2025 sur les pratiques de mise en isolement ou contention mécanique
PAQSS à jour à la date de l'inspection
Comptes rendus des Minutes Qualité et méthodologie de mise en place

Protocoles et procédures relatifs à la gestion des risques (qualité, sécurité des soins, risques professionnels, etc.).
Résultats des audits en lien avec les soins réalisés depuis les trois dernières années (certifications, audits internes).
Procédure relative aux plaintes et réclamations, accompagnée du registre des plaintes et réclamations.
Procédure relative à la déclaration des évènements indésirables et événements indésirables graves (EIG) et le registre des EI et EIG 2024 et 2025 (format Excel).
Calendrier et comptes rendus de l'ensemble des Réunions de retours d'expérience (RetEx) depuis 2024.
Calendrier des analyses des pratiques professionnelles (APP), avec les conventions conclues avec l'organisme animateur, le cas échéant.
Livrets d'accueil des nouveaux professionnels (médecins, internes, paramédicaux, éducateurs, stagiaires, etc.).
Chartes de fonctionnement et règlement intérieur des différents services d'hospitalisation infantile.
Liste des contentieux en cours auprès des usagers ou de leurs familles.
Résultats des enquêtes de satisfaction 2023.2024.2025
Plan blanc
Documents d'accueil à destination des enfants accueillis et/ou leurs représentants légaux
Liste des jeunes accueillis sur 2024 et jusqu'en octobre 2025 (entrées, sorties, mouvements) avec les motifs de sortie.
Liste des refus d'admission avec copies des courriers de refus,
Procédure d'élaboration du projet d'accompagnement individualisé (PAI) ou projet personnalisé et calendrier d'actualisation des PAI ; trames de PAI utilisées pour 2024 et 2025
PAI de chaque jeune, incluant les modalités d'évaluation et d'actualisation.
Support d'évaluation systématique des risques à l'entrée, pendant l'élaboration du PPI et outils de repérage : d'addictions et conduites à risques ; suicide ; de nutrition ; de comportement problème, de crise et de rupture
Liste répertoriant l'ensemble des protocoles et procédures en lien avec la prise en charge : préadmission et admission, critères de refus, procédure de sortie, suivis post hospitalisation...
Journées de présence des jeunes de juillet à décembre 2025 (détails par unité / service, si existant).
Tableau de suivi de l'activité (indicateurs d'occupation, file active, file d'attente, etc.).
Outils de suivi et de programmation spécifiques pour les jeunes sélectionnés pour une étude détaillée de dossier.
Planning global des projets d'animation du premier semestre 2025, Liste des activités proposées et nom du garant de l'activité.

Plannings hebdomadaires individuels de tous les jeunes accueillis avec les mises à jour le cas échéant
PV des conseils des enfants depuis 2024
Liste nominative du médecin traitant de chacun des usagers.
Liste des jeunes bénéficiant d'un suivi paramédical (orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie, etc.) avec noms des professionnels et détail de tous les bilans réalisés en 2025 (format Excel).
Calendrier, feuilles de présence et comptes rendus de toutes les réunions impliquant des soignants et des médecins pour 2025.
Détail des plans de soins individuels de chaque enfant (outils de suivi infirmier et médical).
Registre des mesures d'isolement et de contention (conformément aux articles L.3222-5-1 et suivants du Code de la santé publique) si existant.
Principaux indicateurs qualité et sécurité des soins suivis par l'établissement (IQSS et autres indicateurs internes).
PV depuis 2024 des réunions des instances : CME, comité de lutte contre la douleur, comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN).
Liste répertoriant l'ensemble des protocoles et procédures en lien avec la prise en charge médicale et soignante : suivi somatique, gestion du risque suicidaire, gestion des urgences médicales H24, suivi nutritionnel, hygiène buccodentaire, gestion de la douleur, recours à l'isolement et/ou aux contentions, hospitalisations programmées, sorties thérapeutiques ou temporaires, etc., avec le détail de chaque procédure.
Avis le plus récent de la DDPP (direction départementale de la protection des populations – service qualité et sécurité des aliments) concernant la restauration.
Tableaux ou outils de suivi nutritionnel des jeunes.
Menus de restauration de septembre à novembre 2025 et comptes rendus de la commission des menus (les deux derniers).
Menus de substitution proposés (régimes spécifiques, allergies, etc.).
PV le plus récent de la commission de sécurité-incendie.
Organisation de la gestion de la sécurité des locaux (plans, procédures internes, consignes de sécurité)
Date et résultat du dernier exercice incendie et alerte attentat
Système et procédure en cas de fugue
Procédure et registre des réparations et des petits travaux du quotidien remontées en 2024 et 2025
Conventions conclues avec d'autres établissements ou services de santé, médico-sociaux et sociaux (en lien avec les prises en charge des enfants et adolescents).
Conventions ou contrats avec des professionnels libéraux intervenant au sein des services enfants / adolescents de la Fondation Vallée.
Plans de formation 2024 et 2025, accompagnés de la liste des formations effectivement réalisées en 2024 et 2025 et des attestations associées pour la Fondation Vallée.

Plan prévisionnel et budgété de formation pour l'année 2026.
Liste des mini formations (formations internes) délivrées aux équipes soignantes en 2025 (thèmes, dates, intervenants, feuilles de présence).
Tout autre document que l'établissement juge utile de transmettre pour éclairer l'organisation, les pratiques de soins ou le fonctionnement de la Fondation Vallée.
Extraction du plan de formation des formations devant être réalisées avant fin 2026 (exemples PECS)
Feuille de route du référent
Modalités de déploiement de l'action et responsables
Attestation de présence aux 110 formations réalisées par les 73 professionnels cités
Détail des différences entre l'action 4 et l'action 7, notamment les responsables et les échéances
Plans de prévention partagés et documents de présentation de l'outil « Mon GPS »
Preuves d'achat des PTI et formation des professionnels
Modalités de communication du plan d'action

14.4. Annexe 4 : Courrier du DG ARS du 7 octobre 2025



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Lettre RAR n° 2C 192 925 9036 6

Saint-Denis, le 07/10/2025

Monsieur le Directeur général,

Je fais suite à des informations concordantes et documentées, faisant état de pratiques d'«enfermement» de mineurs au sein de la Fondation Vallée.

Celles-ci décrivent une fermeture à clé de chambres d'enfants en hospitalisation libre et l'usage abusif de locaux d'«apaisement» constituant de fait, des isolements non conformes à la réglementation en vigueur, en un lieu non dédié, parfois sans prescription, sans réévaluation médicale, et sans aucun dispositif matériel garantissant la sécurité et la dignité des enfants. Ces faits doivent cesser immédiatement et appellent, sans délai, une mise en conformité stricte.

Le cadre juridique applicable est constant. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, strictement encadrées par le Code de la santé publique. En hospitalisation libre, la pratique du verrouillage de chambre est proscrite de longue date ; les références nationales sur les espaces de calme-retrait et d'apaisement exigent l'absence de verrouillage et l'existence d'alternatives non privatives de liberté. Les principes de dignité, d'intégrité, de sécurité et de droit d'aller et venir consacrés par les textes protecteurs s'imposent pleinement aux mineurs.

À ce titre, et au seul regard de l'enfermement et des atteintes aux droits qui y sont liées, je vous demande, à compter de la réception du présent courrier, de mettre fin immédiatement et sans réserve à toute pratique consistant à verrouiller des chambres d'hospitalisation libre ou à utiliser des locaux d'«apaisement» de manière assimilable à un isolement lorsque les conditions légales et matérielles requises ne sont pas intégralement réunies à l'instant de leur utilisation. Il vous revient d'en garantir l'effectivité par des mesures techniques et organisationnelles vérifiables.

Je vous prie, en conséquence, de me confirmer par écrit, sans délais, l'arrêt effectif de toute fermeture de chambre en hospitalisation libre et de tout usage de local verrouillable hors du cadre légal de l'isolement, ainsi que les dispositions prises pour en empêcher la réitération (désactivation des systèmes de verrouillage non conformes, interdiction d'occulter les hublots pendant l'occupation, présence et vérification opérationnelle d'un dispositif d'appel, repères temporels visibles, consignes affichées et diffusées aux équipes). Toute décision d'isolement, strictement limitée aux situations où le droit le permet, devra, le cas échéant, faire l'objet d'une prescription médicale écrite et motivée, d'une surveillance par des professionnels de santé identifiable et de réévaluations documentées. Une information adaptée sera transmise aux représentants légaux et tracée dans le dossier de l'enfant.

13 rue du Landy
93703 Saint-Denis
Tél : 01 75 52 00 00
www.iledefrance.ars.solid.fr

Dans un second temps, je vous demande de transmettre d'ici le 7 novembre 2025, un document regroupant les décisions que vous aurez prises, leur mise en œuvre opérationnelle et le plan d'action qui les inscrira dans la durée. Ainsi, ce document, signé par la direction et la communauté médicale/soignante, visera d'une part à objectiver l'arrêt des pratiques d'enfermement, la mise en conformité avec la réglementation en vigueur et les bonnes pratiques professionnelles, la garantie du respect des droits, et d'autre part à pérenniser les changements opérés.

Afin d'assurer la clarté et la traçabilité de l'ensemble de vos démarches et du suivi de votre plan d'action, je vous remercie de désigner un référent, chargé de la relation avec l'Agence.

Je suis conscient des contraintes auxquelles peuvent être exposées des équipes confrontées à des situations cliniques complexes. Elles ne sauraient toutefois justifier des pratiques attentatoires aux libertés et aux droits des enfants. Je vous invite, parallèlement à l'arrêt immédiat des pratiques non conformes, à rappeler les fondamentaux aux professionnels et à renforcer les alternatives non privatives de liberté, tout en veillant à l'accompagnement et à la formation des équipes pour faire face aux épisodes de crise traversés par les patients.

Je vous remercie de votre diligence et vous prie d'accuser réception de ce courrier.

Mes équipes se tiennent à votre disposition pour tout échange utile à la bonne mise en œuvre de ces mesures.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de ma considération distinguée.

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



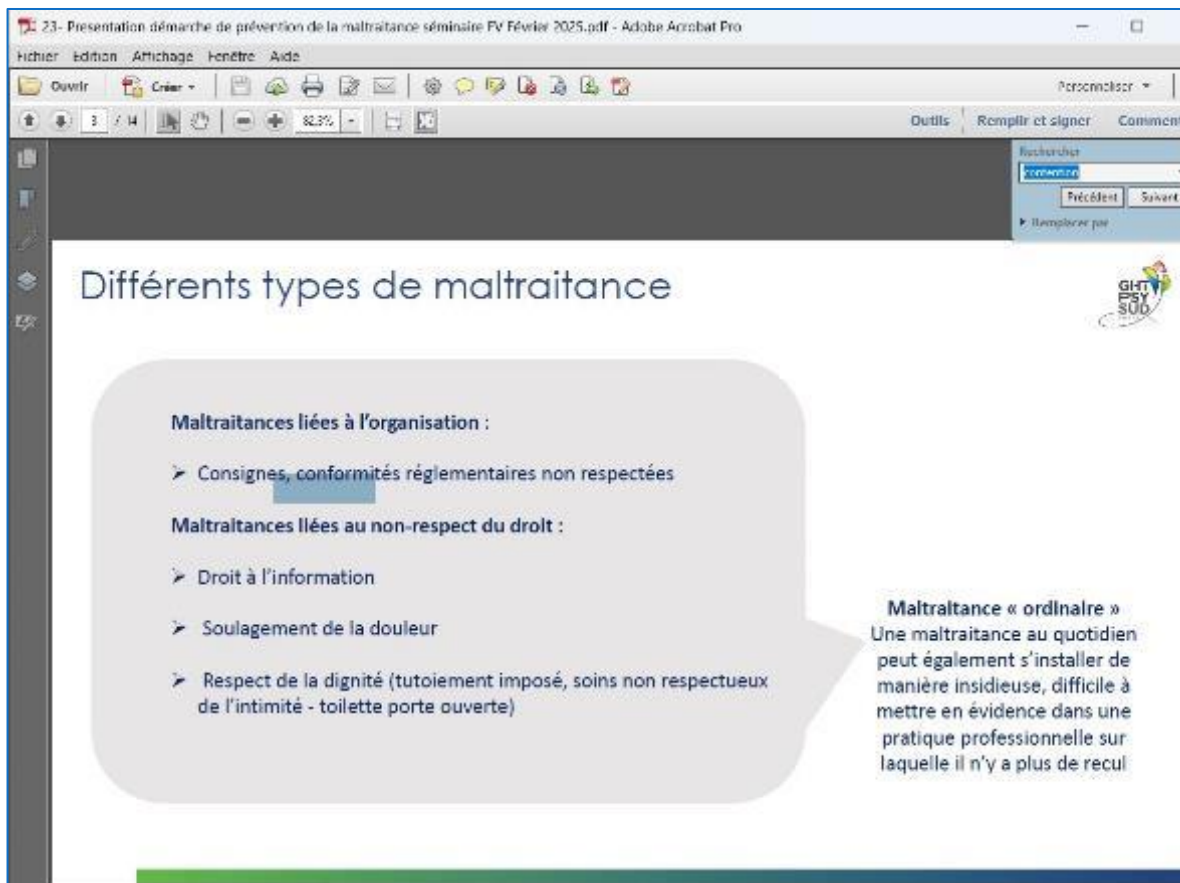
14.5. Annexe 5 : Données d'isolement du 01/01 au 18/11/2025 (extrait du fichier transmis et fichier résultant, après analyse - anonymisé)

Tableau 21 : Extrait du fichier transmis, anonymisé

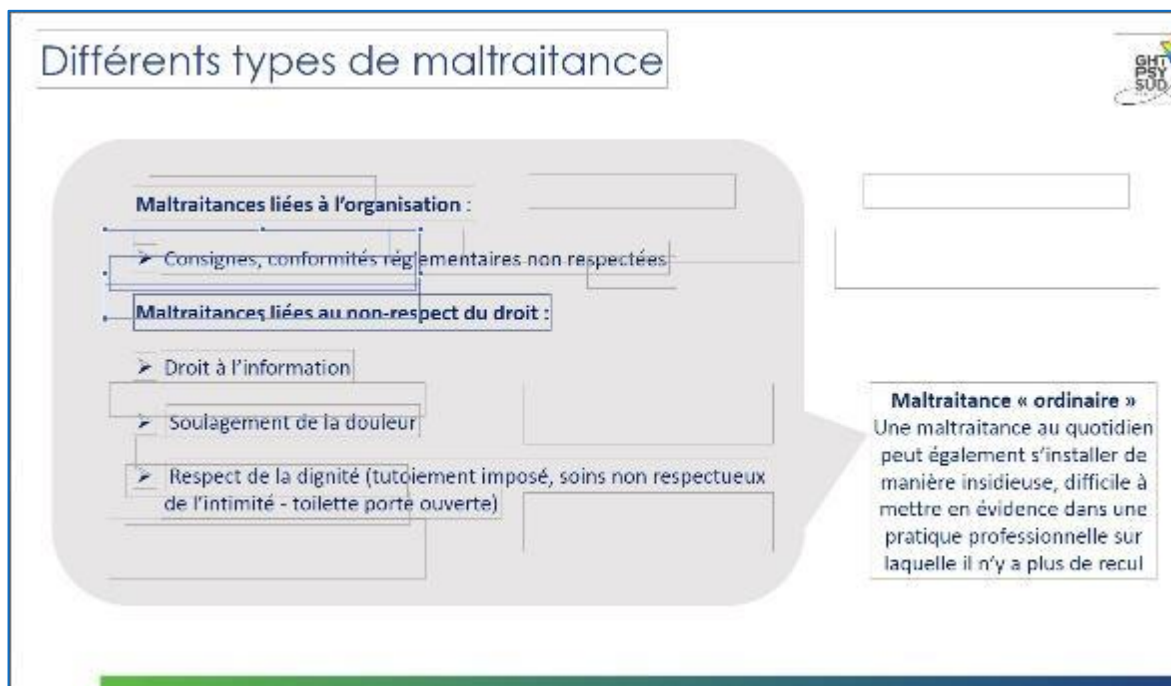
UM Håberg, Mvt	Patient anonym	Age Séjour (Années)	Métier Rédacteur	Date/Heure Valeur Instance	Réponse Section 2	Réponse Section 3
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 1	11	20003 - «Interne de psychiatrie	18/02/2025 - 18.52	Début/Renouvellement ISO	18/02/2025 17.40
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 3	11	20003 - «interne de psychiatrie	18/02/2025 - 19.00	Fin/Levée ISO	18/02/2025 17.50
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 3	11	20034 - «Infirmiers	18/02/2025 - 17.40	17.40	Espace d'isolement
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 14	11	20003 - «interne de psychiatrie	03/11/2025 - 16.30	Début/Renouvellement ISO	03/11/2025 16.30
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 14	11	20003 - «interne de psychiatrie	03/11/2025 - 16.45	Fin/Levée ISO	03/11/2025 16.45
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 14	11	20003 - «interne de psychiatrie	03/11/2025 - 16.55	Fin/Levée ISO	03/11/2025 16.45
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 14	11	20003 - «interne de psychiatrie	10/11/2025 - 16.00	Début/Renouvellement ISO	10/11/2025 14.45
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 14	11	20003 - «interne de psychiatrie	10/11/2025 - 16.05	Fin/Levée ISO	10/11/2025 15.00
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 14	11	20034 - «Infirmiers	03/11/2025 - 16.05	16.00	Espace d'isolement
7206 - 94106 - 01 - 7206 - HTP USO DOLTC	Patient 14	11	20034 - «Infirmiers	10/11/2025 - 15.10	14.55	Espace d'isolement
7216 - 94106 - 01 - 7216 - HTP UETA	Patient 4	15	20002 - «Medecin generaliste	26/06/2025 - 11.20	Début/Renouvellement ISO	26/06/2025 11.20
7216 - 94106 - 01 - 7216 - HTP UETA	Patient 4	15	20028 - «Aide-soignant(e)	29/01/2025 - 10.00	10.00	Espace d'isolement
7216 - 94106 - 01 - 7216 - HTP UETA	Patient 4	15	20034 - «Infirmiers	28/02/2025 - 12.00	12.00	Espace d'isolement
7216 - 94106 - 01 - 7216 - HTP UETA	Patient 4	15	20034 - «Infirmiers	05/03/2025 - 16.00	16.00	Espace d'isolement
7216 - 94106 - 01 - 7216 - HTP UETA	Patient 4	15	20034 - «Infirmiers	30/04/2025 - 20.00	20.00	Espace d'isolement
7216 - 94106 - 01 - 7216 - HTP UETA	Patient 4	15	20034 - «Infirmiers	07/05/2025 - 20.00	19.30	Espace d'isolement
7209 - 94106 - 01 - 7209 - HTP USI WINNICOTT BLEUE	Patient 11	12	20003 - «interne de psychiatrie	24/03/2025 - 17.50	Début/Renouvellement ISO	24/03/2025 16.50
7209 - 94106 - 01 - 7209 - HTP USI WINNICOTT BLEUE	Patient 11	12	20003 - «interne de psychiatrie	24/03/2025 - 18.00	Fin/Levée ISO	24/03/2025 17.40
7209 - 94106 - 01 - 7209 - HTP USI WINNICOTT BLEUE	Patient 11	12	20003 - «interne de psychiatrie	04/04/2025 - 12.30	Fin/Levée ISO	04/04/2025 12.30
7209 - 94106 - 01 - 7209 - HTP USI WINNICOTT BLEUE	Patient 11	12	20003 - «interne de psychiatrie	10/04/2025 - 18.20	Début/Renouvellement ISO	10/04/2025 18.20
7209 - 94106 - 01 - 7209 - HTP USI WINNICOTT BLEUE	Patient 11	12	20003 - «interne de psychiatrie	09/04/2025 - 16.30	Début/Renouvellement ISO	09/04/2025 15.10
7209 - 94106 - 01 - 7209 - HTP USI WINNICOTT BLEUE	Patient 11	12	20003 - «interne de psychiatrie	09/04/2025 - 16.30	Fin/Levée ISO	09/04/2025 16.10

14.6. Annexe 6 : Démarche d'autoévaluation par les unités des situations de maltraitance : document de maltraitance modifié avec éléments masqués révélés

Document 6 : Copie d'écran d'un document de présentation aux équipes de la démarche d'autoévaluation, par unité, des situations de maltraitance. Le terme « contention » est recherché dans le fichier Pdf (comme indiqué dans le rectangle à fond bleu en haut à droite) et surligne le mot, qui en apparence n'est pas présent dans le document mais est masqué par l'aplat gris.



Une fois activée dans Acrobat Pro™ la possibilité de modifier le document, plusieurs rectangles sélectionnables apparaissent. Ils concernent des zones de texte qui peuvent être copiées/collées dans un autre logiciel, laissant apparaître les termes suivants : « **Agressions, usage abusif ou injustifié de la contention, sur ou sous médication, gestes brutaux...** » ainsi que « **Maltraitance psychologique** » ; « **Insulte, intimidation, harcèlement, humiliation.** » et « **Maltraitance sexuelle** ». Ces termes ont donc volontairement été masqués par les personnes en charge de la présentation. Il est par ailleurs notable que le terme « isolement » ne figure pas dans ce document, tant la pratique de l'enfermement n'est pas considérée, au sein de la FV, comme maltraitante.



14.7. Annexe 7 : Décompte des formations réalisées unité par unité

Tableau 23 : Preuves des formations faites en matière de promotion des bonnes pratiques d'apaisement dont de désescalade du personnel de l'unité Winnicott

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
██████████	Winnicott	Certificat de participation à la formation "OMEGA : gestion des états de crise" de 2025
██████████	Winnicott	Certificat de réalisation de la formation "OMEGA : gestion des états de crise" en 2024
██████████	Winnicott	Emargement à la formation collective "OMEGA : gestion et prévention de l'agressivité" et attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025 et certification de participation à la formation "OMEGA : pacification des états de crise" en 2023
██████████	Winnicott	Emargement à la formation collective "OMEGA : gestion et prévention de l'agressivité" en 2025 et attestation de fin de la formation "réduire l'agressivité verbale et physique" en 2024
██████████	Winnicott	Attestation de participation à la formation "Gestion de la violence et agressivité" en 2024
██████████	Winnicott	Emargement à la formation collective "OMEGA : gestion et prévention de l'agressivité" et attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025
██████████	Winnicott	Pas de preuve de formation
██████████	Winnicott	Emargement à la liste des participants à la formation collective "OMEGA : gestion des états de crise" de 2025
██████████	Winnicott	Emargement à la formation collective "OMEGA : gestion et prévention de l'agressivité" et attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025 et certification de participation à la formation "OMEGA : pacification des états de crise" en 2023
██████████	Winnicott	Certificat de participation à la formation "Isolement et apaisement" en 2024
██████████	Winnicott	Certificat de participation à la formation "Isolement et apaisement" en 2024
██████████	Winnicott	Emargement à la formation collective "OMEGA : gestion et prévention de l'agressivité" et attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025 et certification de participation à la formation "OMEGA : pacification des états de crise" en 2023
██████████	Winnicott	Pas de preuve de formation
██████████	Winnicott	Pas de preuve de formation
██	Winnicott	Certificat de participation à la formation "Isolement et apaisement" en 2024
██	Winnicott	Attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
■	Winnicott	Pas de preuve de formation
■	Winnicott	Emargement à la formation collective "OMEGA : gestion et prévention de l'agressivité" en 2025
■	Winnicott	Pas de preuve de formation
■	Winnicott	Pas de preuve de formation
■	Winnicott	Emargement à la formation collective "OMEGA : gestion et prévention de l'agressivité" en 2025 et certificat de participation à la formation "OMEGA : pacification des états de crise" en 2024
■	Winnicott	Pas de preuve de formation
■	Winnicott	Certificat de participation à la formation "OMEGA : gestion des états de crise" de 2024
■	Winnicott	Pas de preuve de formation

Tableau 24 : Preuves des formations faites en matière de promotion des bonnes pratiques d'apaisement dont de désescalade du personnel de l'unité Dolto

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
■	Dolto	Attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025
■	Dolto	Certificat de participation à la formation "OMEGA : pacification des états de crise" de 2024
■	Dolto	Pas de preuve de formation
■	Dolto	Attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025
■	Dolto	Attestation de participation à la formation "Réduire l'agressivité verbale et physique" de 2024
■	Dolto	Pas de preuve de formation
■	Dolto	Attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025
■	Dolto	Pas de preuve de formation
■	Dolto	Pas de preuve de formation
■	Dolto	Pas de preuve de formation

Tableau 25 : Preuves des formations faites en matière de promotion des bonnes pratiques d'apaisement dont de désescalade du personnel de l'unité Bourneville

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
■	Bourneville	Pas de preuve de formation
■	Bourneville	Formation « OMEGA France – Gestion des états de crise » en 2023
■	Bourneville	Certificat de réalisation de la formation "OMEGA : gestion des états de crise" en 2023
■	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
██████████	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025
██████████	Bourneville	Pas de preuve de formation
██████████	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025 et certificat de réalisation de la formation "OMEGA : pacification des états de crise" en 2024
██████████	Bourneville	Pas de preuve de formation
██	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025
██	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025 et certificat de réalisation de la formation isolement et apaisement en 2023
██	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025
██	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025
██	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025, certificat de participation à la formation "Isolement et apaisement" et attestation de participation à la formation "Réduire l'agressivité" en 2024
██	Bourneville	Convocation à une formation sur la désescalade de la violence en 2025 et attestation de participation à une formation sur la gestion de la violence et de l'agressivité et le certificat de participation à la formation "Isolement et apaisement" en 2023
██████████	Bourneville	Pas de preuve de formation
██████████	Bourneville	Pas de preuve de formation

Tableau 26 : Preuves des formations faites en matière de promotion des bonnes pratiques d'apaisement dont de désescalade du personnel de l'UETA

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" de 2025
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" de 2025
██████████	UETA	Pas de preuve de formation
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025
██████████	UETA	Certificat de participation à la formation "Isolement et apaisement" en 2023
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
		sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025
██████████	UETA	Pas de preuve de formation
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025
██████████	UETA	Attestation de participation à la formation "Désamorcer l'agitation" en 2025 et certificat de participation à la formation "OMEGA : pacification des états de crise" de 2024
██████████	UETA	Pas de preuve de formation
██████████	UETA	Certificat de réalisation de la formation "OMEGA : gestion des états de crise" en 2023
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" de 2025
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective de l'unité "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" de 2025
██████████	UETA	Pas de preuve de formation
██████████	UETA	Pas de preuve de formation
██	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" de 2025
██	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" de 2025
██	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" de 2025
██	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025 et attestation de participation à la formation "Gestion de la violence et de l'agressivité" de 2023
██	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025 et attestation de participation à la formation "OMEGA : gestion des états de crise" de 2023
██	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025

Fonction	Unité	Preuves des formations faites
██████████	UETA	Pas de preuve de formation
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective "Désescalade de la violence et pratique de sécurisation des enfants, adolescents et personnels" en 2025
██████████	UETA	Emargement à la liste des participants à la formation collective " Gestion et prévention de l'agressivité et de la violence " en 2025 et certificat de réalisation de la formation "OMEGA : pacification des états de crise" en 2024
██████████	UETA	Pas de preuve de formation

14.8. Annexe 8 : Rapport de l'experte pédopsychiatre

Note médicale relative à l'inspection de la Fondation Vallée, débutée le 17 novembre 2025

Rédaction : février 2026

Auteur : [REDACTED] psychiatre et pédopsychiatre, exerçant au centre de ressources autisme [REDACTED] intervenant dans la mission au titre de personne qualifiée (article L1421.1 du code de la santé publique).

La présente note est rédigée dans le cadre de la mission d'inspection conduite à partir du 17 novembre au sein de la Fondation Vallée.

Mon analyse porte exclusivement sur les 4 unités d'hospitalisation dites « à temps complet » du site de Gentilly-unités fonctionnant en hôpital de semaine-à savoir : unités Dolto, Winnicott, USA Bourneville et UETA.

Elle repose sur :

- ♦ les documents transmis par l'établissement,
- ♦ les entretiens menés le jour de l'inspection,
- ♦ les documents transmis à l'issue des entretiens par les personnes interrogées, pour étayer leurs propos,
- ♦ les observations effectuées lors de la visite,
- ♦ les signalements transmis à l'ARS IDF,
- ♦ mon analyse clinique de 12 dossiers médicaux choisis parmi ceux des 4 unités concernées par l'inspection, analyse conduite au regard des données scientifiques actuelles et recommandations professionnelles nationales et internationales en vigueur.

À noter que les toutes dernières recommandations professionnelles de la HAS n'étaient pas encore publiées lors de l'inspection et ne feront pas l'objet de citations dans cette note¹. Leur contenu publié depuis appuie favorablement les remarques figurant dans cette note.

Mon propos se limite aux éléments observés ou portés à ma connaissance dans ce périmètre, sans préjuger d'éventuelles pratiques ou organisations propres aux autres unités ou dispositifs de la Fondation Vallée qui n'ont pas été examinés dans le cadre de cette inspection.

¹ « Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent » Recommandations de bonne pratique, HAS 2026

Éléments significatifs du point de vue médical

1. Les projets des unités, les indications d'hospitalisation

1. a. L'unité Dolto²

L'unité Dolto accueille en hospitalisation de semaine des enfants âgés de 4 à 12 ans présentant des troubles du neurodéveloppement ou des troubles psychiatriques précoces. Trois types de séjours y sont proposés : séjour d'observation pédopsychiatrique, séjour de prise en charge séquentielle, et séjour « passerelle ». Lors de la visite sur site le 17 novembre 2025, 5 enfants étaient attendus sur l'unité Dolto pour la semaine. Un espace de repos sécurisé fermé se trouve dans cette unité.

✓ Le séjour d'observation pédopsychiatrique

Le séjour d'observation d'une durée de trois semaines propose une évaluation diagnostique standardisée, un compte rendu d'hospitalisation avec les éventuels diagnostics argumentés, un rendez-vous de restitution aux familles, des recommandations de prise en charge.

Ce projet d'observation correspond à une procédure diagnostique classique et de première intention (aucune mention contraire dans le projet rédigé) mise en œuvre dans le champ des troubles du neurodéveloppement (TND), mais pratiquée dans le cadre d'une hospitalisation.

Lors de notre visite sur site, un enfant était hospitalisé dans le cadre d'un séjour d'observation. L'étude de son dossier médical ne m'a pas permis d'y trouver de compte rendu clinique me permettant une analyse détaillée. L'équipe médicale nous ayant déclaré fonctionner en procédure dégradée du fait de l'absence temporaire du médecin responsable, j'ai analysé deux autres dossiers d'enfants ayant relevé antérieurement de ce séjour d'observation.

La première analyse concerne un enfant [REDACTED] à Dolto « pour évaluation diagnostique face à un tableau de retard de développement » et d'autres signes évoquant un trouble du spectre de l'autisme d'allure typique. Les bilans réalisés dans le service sont les suivants : ADI-R, ADOS2, PEP3, observation psychomotrice.

² Informations issues du document « unité de soins et d'observation Dolto, projet thérapeutique et fonctionnement », date de rédaction non précisée

La conclusion diagnostique est celle d'un trouble du spectre de l'autisme d'intensité modérée. Les préconisations d'accompagnement faites suite à l'hospitalisation sont les suivantes : poursuite des prises en charge en orthophonie et psychomotricité déjà engagées, mise en place d'un « groupe à médiation », orientation en unité d'enseignement élémentaire. Enfin, des séjours d'hospitalisation séquentielle sur Dolto sont proposés.

La seconde analyse concerne [REDACTED] L'indication d'hospitalisation de 3 semaines figurant dans le compte rendu de fin de séjour était « évaluation diagnostique intra hospitalière et orientation thérapeutique face à un tableau de troubles du comportement sévères ayant entraîné une déscolarisation ». Les bilans réalisés au cours de l'hospitalisation sont les suivants : bilan psychologique avec épreuves projectives, bilan psychomoteur et éducatif, ADI-R. Il n'y a pas de diagnostic apparaissant clairement suite à la réalisation de ces bilans.

Le compte rendu de sortie indique que le « séjour s'est bien passé », qu'il n'y a pas eu de modification de traitement, et qu'il faut poursuivre le suivi engagé au CMP. Au vu des éléments du dossier, la plus-value clinique de cette hospitalisation n'est pas objectivable : l'enfant est très jeune, il est resté trois semaines à l'hôpital sans qu'aucun diagnostic clair n'ait été posé (et il n'a pas été mentionné de recours à une ligne 3), il n'y a pas eu de modification du traitement pharmacologique, et les préconisations de suivi sont les mêmes qu'à son entrée.

Les hospitalisations à visée diagnostique, pour des bilans de première intention, ne constituent **pas une pratique habituelle ni recommandée, et des alternatives ambulatoires existent**. De plus elles sont mises en œuvre auprès de **très jeunes enfants sans évaluation bénéfice-risque des effets de la séparation avec leur famille**.

Les bonnes pratiques et recommandations³ en matière de diagnostic de l'autisme vont dans le sens de procédures ambulatoires, dans le cadre d'un parcours gradué mis en œuvre sur le territoire, et pour lequel des dispositifs dédiés existent⁴.

✓ **La prise en charge séquentielle**

Ce dispositif s'adresse à des patients ayant « déjà bénéficié d'un séjour d'observation, et concerne principalement les enfants bénéficiant d'une prise en

³ « Trouble du spectre de l'autisme : signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » Recommandations HAS, février 2019

⁴ Plateforme de coordination et d'orientation, structures polyvalentes de niveau 2 telles que CAMSP, CMP, CMPP

charge médico-sociale (MECS, IME...) dont l'équipe d'intervention sollicite un soutien pédopsychiatrique. Dans les situations les plus complexes, une réunion de concertation peut être organisée avec les partenaires extérieurs. ». Parmi les 5 enfants attendus dans l'unité lors de notre passage, un enfant relevait de ce type de projet.

L'analyse du dossier de [REDACTED] indique que l'indication d'hospitalisation a été portée par le médecin de l'unité Dolto dans le cadre d'un « auto adressage ». Il ne s'agit pas là d'une demande du secteur médico-social de « recours à une expertise pédopsychiatrique complémentaire » comme le stipule pourtant le projet d'unité.

L'enfant est passé par un séjour d'observation au cours duquel un diagnostic d'autisme avec retard de développement est porté. Les préconisations faites à l'issue de ce séjour sont la poursuite du suivi en cours et des hospitalisations séquentielles pour « intensifier le suivi ». L'enfant sera hospitalisé à la semaine à neuf reprises [REDACTED]. Faute d'éléments suffisamment tracés dans le dossier, il n'est pas possible d'apprécier finement l'intérêt de ces hospitalisations répétées.

Le compte rendu du premier séjour séquentiel mentionne « une évolution significative a pu être notée depuis sa dernière hospitalisation (...) Nous avons par ailleurs remarqué que l'enfant s'est bien saisi des supports visuels (...) L'organisation de quelques séjours séquentiels au sein de l'USO Dolto sur l'année à venir reste pertinente afin d'intensifier la prise en charge, le temps de stabiliser les différents suivis déjà engagés en ambulatoire. » Les autres séjours n'ont a priori pas fait l'objet de comptes rendus détaillés.

Le projet d'interventions proposé relève davantage de l'ambulatoire. L'intensification du suivi ne peut justifier le recours à de l'hospitalisation conventionnelle, qui plus est sans tenir compte du rapport bénéfice-risque quant à la séparation du milieu familial (aucune trace de cette question dans le dossier).

Alors que l'hospitalisation séquentielle telle qu'elle est présentée dans le projet pourrait jouer un rôle pertinent en tant que recours pour le secteur médico-social, le dossier étudié n'illustre pas cette possibilité. Comme pour le projet d'observation, je retrouve une utilisation élargie de l'hospitalisation à des indications relevant de l'ambulatoire. Il n'est pas établi que la saturation éventuelle des dispositifs de première ligne puisse justifier le recours à l'hospitalisation conventionnelle comme « substitut ».

✓ **Le séjour « passerelle »**

Le séjour passerelle a pour objectif de permettre à l'enfant de bénéficier « d'une prise en charge multifocale intensive, éducative, thérapeutique et pédagogique. Sa durée est de 6 semaines, renouvelable selon les attentes de la famille et des partenaires. » Le séjour passerelle concerne 3 enfants sur les 5 attendus à Dolto pour la semaine du 17 novembre 2025.

La prise en charge **régulière** d'enfants porteurs de troubles psychiatriques ou de TND **dans une unité sanitaire de type hospitalisation complète ou hospitalisation de semaine n'est pas recommandée**⁵. Ce type d'accompagnement relève soit du secteur médico-social, soit d'hospitalisations pédopsychiatriques de jour (HDJ).

De plus, **le projet d'unité n'apporte aucune spécificité de soins**. En effet le document précise que l'unité Dolto propose « des temps de rééducation ciblée (psychomotricité, psychothérapie, Snoezelen, remédiation cognitive...), de scolarité, d'activités thérapeutiques et éducatives, au sein d'un projet d'intervention individualisé », ce qui correspond au type d'accompagnement proposé dans le secteur médico-social ou les HDJ.

J'ai réalisé l'analyse de deux dossiers médicaux sur les trois enfants hospitalisés dans le cadre d'un projet passerelle lors de notre visite sur site.

Le premier concerne celui [REDACTED] Passé initialement par le projet d'observation, il a bénéficié dans ce contexte d'une hospitalisation de 3 semaines pour « observation devant des troubles du comportement avec hétéroagressivité dans un contexte socio-familial complexe ». Les bilans suivants ont été réalisés : WISC, bilan psychomoteur et observation pédagogique.

Le diagnostic figurant sur le compte rendu d'hospitalisation est celui « d'une importante souffrance psychique compatible avec les diagnostics de trouble de l'attachement et trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle ». Il n'y a pas eu de modification de traitement, et le passage en projet passerelle est proposé. Cet enfant est hospitalisé toutes les semaines entre septembre et décembre 2025.

⁵American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023;62(4):367-384.

« Autisme : interventions et accompagnements chez l'enfant et l'adulte » Recommandations de bonne pratique, HAS 2012

Rappelons que les recommandations⁶ pour cette pathologie vont dans le sens d'interventions ambulatoires psychosociales et comportementales en première intention, incluant la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale et l'accompagnement familial. Dans les cas sévères, les traitements pharmacologiques sont indiqués en tenant compte de l'âge et des autorisations de mise sur le marché (AMM) françaises.

Pourtant, cet enfant bénéficie d'ateliers tels que cuisine, courses, piscine, pâtisserie et jeux vidéo. Son emploi du temps ne mentionne pas de temps de psychothérapie individuelle ni de rééducation. De plus, il semblerait que toutes les options pharmacologiques n'aient pas été essayées ni même envisagées. Le recours à un centre expert ou à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) aurait certainement pu être aidant.

Un second dossier médical relevant d'un projet passerelle a été consulté. Il s'agit d'une [REDACTED] hospitalisée pour des difficultés comportementales sévères compromettant grandement la scolarité, associées à d'autres symptômes faisant évoquer à l'équipe médicale un trouble psychiatrique chronique émergent. L'enfant est suivie au CMP, en attente d'une orientation en ITEP.

Cet enfant a d'abord bénéficié d'un séjour d'observation de 3 semaines durant lequel les bilans suivants ont été réalisés : bilan psychologique projectif et bilan psychomoteur. Le diagnostic de schizophrénie très précoce figure dans le dossier médical mais n'est pas à tout à fait confirmé. À l'issue du séjour d'observation, la proposition d'un séjour passerelle de « quelques mois » est faite.

Suivent ainsi plusieurs mois [REDACTED] de prise en charge en hospitalisation de semaine au cours desquels l'enfant bénéficie d'une stabilisation clinique progressive avec une modification de traitement pharmacologique. Des bilans complémentaires pour progresser dans la démarche diagnostique n'ont pas été réalisés (échelle KSADS par exemple).

Les temps d'hospitalisation comprennent chaque semaine un entretien médical, 4 h de scolarisation au sein de l'hôpital, un temps de psychomotricité en salle Snoezelen, et environ 4 heures d'ateliers thérapeutiques (danse, cuisine, jeu vidéo par exemple). Le projet de sortie est celui d'un suivi en hôpital de jour avec une orientation en ULIS. La sortie semble cependant conditionnée à l'obtention de places dans ces deux dispositifs.

⁶Zhang Y, Zhang W, Yu E. Systematic Review and Meta-Analysis: Pharmacological and Nonpharmacological Interventions for Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2024;34(5):217-225.

Si ce type de projet paraît pertinent pour stabiliser le tableau psychiatrique de cet enfant, qui paraît sévère, il faut souligner le manque de spécificité, d'intensité et de fondements scientifiques quant aux approches non pharmacologiques/ateliers proposés dans le service.

Rappelons que dans le cas des troubles psychiatriques précoces dont la schizophrénie, le pronostic repose sur la précocité d'intervention pour une stabilisation rapide des symptômes et surtout pour une limitation de l'impact fonctionnel. La thérapie cognitive et comportementale est l'intervention non médicamenteuse la plus soutenue par les données scientifiques pour diminuer les symptômes positifs et négatifs lors du premier épisode⁷. Des ateliers de psychoéducation et du soutien familial seraient également pertinents.

Enfin, le retour aussi rapide que possible à des suivis ambulatoires est un enjeu important pour soutenir le pronostic fonctionnel. Lorsque ces services sont saturés, le bénéfice à la poursuite d'une hospitalisation « d'attente » devrait être pesé au regard des inconvénients aux hospitalisations prolongées majorant le handicap fonctionnel⁸.

1. b. L'unité Winnicott⁹

L'unité de soins intégratifs Winnicott accueille en hospitalisation de semaine des enfants âgés de 6 à 12 ans.

« Les indications incluent les troubles du neurodéveloppement (TSA, TDI, TDAH, TDL, TDC), les troubles du comportement (TOP, TEI) et les troubles psychiatriques précoces (schizophrénie à début précoce, troubles de l'attachement, trouble de la dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère). L'hospitalisation est justifiée par la gravité du profil clinique ou par sa complexité ainsi que par les difficultés rencontrées par l'environnement socio-familial (épuisement parental majeur, enfant confié à l'aide sociale à l'enfance, pathologie parentale) qui rendent insuffisantes les interventions exclusivement ambulatoires ». Vingt places d'hospitalisation sont disponibles réparties en deux groupes, les durées de séjour proposées sont longues : « la durée de la prise en charge, de six semaines renouvelables, est ajustée à l'évolution et aux besoins de chaque enfant, dans la limite de la tranche d'âge définie pour l'unité »¹⁰. Un

⁷Solmi M, Croatto G, Fife G, Rossini S, Fusar-Pol F, Rubio JM, et al. Efficacy and Acceptability of Psychosocial Interventions in Schizophrenia: Systematic Overview and Quality Appraisal of the Meta-Analytic Evidence. *Mol Psychiatry*. 2023; 28(1):354-68.

⁸Capdevielle D, Norton J, Jaussent I, et al. Extended Duration of Hospitalization in First Episode Psychosis: An Evaluation of Its Clinical Justification. *Psychiatry Res*. 2013; 239(2):160-6.

⁹ Informations issues du document « unité de soins intégratifs Winnicott, projet d'unité », date de rédaction non précisée.

¹⁰ Durées de séjour moyennes en 2024 et 2025 entre 80 et 90 jours.

espace de repos sécurisé se trouve également dans cette unité. Le 17 novembre, 5 enfants étaient attendus en hospitalisation de semaine.

Le projet semble être destiné à des enfants en situation complexe, porteurs de troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie très précoce, ce qui correspond aux missions du sanitaire et aux besoins dans l'offre de soins.

Quelques remarques générales concernant le projet d'unité :

- L'amplitude des indications d'hospitalisation (TND légers à modérés et troubles psychiatriques sévères) ne permet pas d'identifier une spécialisation clinique cohérente. S'il est pertinent d'y trouver référence aux troubles psychiatriques sévères (SCZ précoce, dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère), en revanche y trouver la référence à des TND tels que les troubles du langage et les troubles de la coordination (sous l'abréviation TDL, TDC dans le document) y est très surprenant et n'est pas compatible avec les spécificités et missions de l'unité.
- Ce projet ressemble à celui de l'unité Dolto pour les séjours séquentiels sans qu'il soit aisé de comprendre la justification de cette redondance, d'autant plus que les taux d'occupation sont bas.
- Le projet mentionne que l'unité Winnicott est une unité de soins « *intégratifs* », nous reviendrons sur cette spécificité de la fondation Vallée plus loin dans la note.
- Enfin et surtout, **l'accueil de situations complexes paraît peu voire pas compatible avec le fonctionnement en hôpital de semaine** avec une fermeture du service le vendredi à 13h30, une semaine à chaque « petites » vacances scolaires, et 4 semaines au mois d'août. Cela interroge **soit sur la réalité de la complexité des situations, soit sur la sécurité de retours récurrents hors milieu hospitalier.**

Pour documenter l'adéquation du projet d'unité aux pratiques effectives sur le terrain, j'ai procédé à l'analyse d'un dossier médical [REDACTED], cet enfant est hospitalisé à Winnicott du lundi au vendredi depuis 10 mois, indiquant que les séjours de 6 semaines renouvelables peuvent conduire en pratique à des hospitalisations au long cours.

Le motif d'hospitalisation est « *troubles du comportement évoluant dans un contexte de troubles relationnels et de l'attachement* ». Les analyses conduites n'ont pas permis de retrouver la trace d'une procédure diagnostique conduite, ni même d'un projet de soins dûment identifié.

Son emploi du temps mentionne par exemple les ateliers suivants : « atelier histoire, atelier cuisine, atelier « blabl'ados », piscine ». Des temps d'enseignement général sont proposés ainsi qu'un temps d'atelier conduit en présence du père de l'enfant. Il n'est pas mentionné de suivi individuel de type psychothérapie ou soin rééducatif.

Pourtant, le dossier médical mentionne régulièrement la souffrance psychologique de cet enfant, et parle à deux reprises d'idées suicidaires évoquées une fois par les soignants dans l'unité et une fois lors d'un retour en famille le week-end. Il n'y a pas de trace dans le dossier d'un suivi spécifique ni d'un protocole mis en place pour prévenir le passage à l'acte. Comme évoqué, cet enfant ne bénéficie pas d'un suivi psychologique individuel.

Enfin et surtout, cet enfant est régulièrement (presque chaque semaine) mis en espace de repos sécurisé pour des insultes, menaces envers les soignants ou les autres enfants.

Il ressort du dossier une **hospitalisation très prolongée** chez un enfant qui demeure **après 10 mois sans diagnostic clair, et dont les soins mis en place sont en décalage avec sa symptomatologie et avec des recommandations générales de pratiques fondées scientifiquement**. De plus, cet enfant demeure dans une situation préoccupante avec un comportement encore perturbateur et surtout des idées suicidaires, avec des mises en espace de repos sécurisé régulières.

Cet enfant nécessite de façon urgente une évaluation médicale rigoureuse et l'élaboration d'un projet de soins fondé sur les preuves.

1. c. L'unité USA Bourneville¹¹

Le document transmis a été rédigé en novembre 2025, soit un mois environ après l'inspection.

Il s'agit d'une unité qui contrairement aux deux premières, accueille des adolescents âgés de 12 à 17 ans (10 places disponibles). Un espace de repos sécurisé existe au sein de l'unité, et du matériel de contention a été trouvé dans un poste de soins le jour de l'inspection. Ce jour là, 4 adolescents étaient attendus pour l'hospitalisation de semaine.

Le projet et les indications manquent de spécificité. Le document indique que « *les indications sont très larges, la diversité des âges des adolescents, des*

¹¹ Informations issues du document intitulé « Projet thérapeutique et de fonctionnement (novembre 2025) ».

indications et des durées d'hospitalisation, constituant pour nous un des facteurs dynamisant les prises en charges thérapeutiques »

Des incohérences dans l'écriture du projet sont notées : « *précisons cependant, que l'USA est une unité fermée, orientée vers le réinvestissement de la réalité extérieure, qui ne permet pas d'accueillir des jeunes présentant un état d'agitation ou de violence trop important* ». Il est incohérent qu'une unité fermée ne puisse pas accueillir un état d'agitation ou de violence, même important. Cette imprécision, peut être fruit d'une erreur entre les termes « fermée » et « ouverte » et démontre le manque de cohérence et de précision dans le projet d'unité.

Le projet insiste à plusieurs reprises sur le caractère « divers » des situations accueillies, ce qui pourrait correspondre à une unité polyvalente de soins psychiatriques mais n'est pourtant jamais dit aussi clairement.

Concernant la durée des hospitalisations, le document précise : « *les hospitalisations les plus courtes sont à visée d'évaluation ou de mise en route d'un traitement médicamenteux.* » De ce point de vue-là, le projet paraît pertinent au regard des besoins, et correspond aux missions d'une unité de psychiatrie polyvalente. À noter que lors de l'inspection, ce type de motif n'était pas représenté parmi les patients accueillis dans l'unité alors qu'il constitue sans aucun doute l'un des besoins actuels majeurs en matière de santé mentale de l'adolescent. Le faible taux d'occupation est une fois de plus en décalage avec un besoin prioritaire du territoire.

Le document précise également : « *parmi les hospitalisations plus prolongées, on trouve la prise en charge de pathologies narcissiques ou de psychoses de l'adolescence ayant entraîné une situation d'impasse scolaire ou sociale. Dans ces indications, il arrive souvent que le jeune ait besoin d'un temps d'hospitalisation suffisamment long pour investir les soins* ».

Cette partie du document décrit mieux la réalité des situations rencontrées lors de l'inspection. Les problématiques rencontrées relèvent davantage du champ de la stabilisation post crise et de la réhabilitation psychosociale que d'une unité de psychiatrie polyvalente.

Par exemple, j'ai analysé le dossier [REDACTED] présentant une schizophrénie à début précoce et résistante, hospitalisée pour mise en place d'un traitement antipsychotique de troisième ligne. [REDACTED] son traitement était instauré et son état avait fini par se stabiliser. Un bilan étiologique a été réalisé. La synthèse clinique du [REDACTED] mentionne un projet thérapeutique. Le premier projet de soins personnalisé réellement formalisé date du [REDACTED] (soit post-inspection), et un second date du [REDACTED]. Un hôpital de jour est en attente. En 10 mois, [REDACTED] a bénéficié d'un bilan neuropsychologique et d'un bilan psychomoteur.

- 10 -

La situation s'étant stabilisée sur le plan de la symptomatologie psychotique, elle participe aux ateliers suivants : fitness-danse, expression corporelle, initiation à la boxe, sortie culturelle, atelier artistique. Le projet thérapeutique est « *l'accompagnement à une autonomisation progressive* ». La pertinence de cette mission en intra-hospitalier n'est pas établie au vu des éléments examinés.

[REDACTED] galement depuis plusieurs mois pour schizophrénie bénéficiait de temps de scolarisation dans son lycée de secteur. Le fonctionnement de l'unité est donc plus proche d'un hôpital de jour voire d'un « soins-études » que d'une hospitalisation complète.

Ainsi, **le projet de l'unité USA Bourneville paraît peu cohérent**. Les missions de psychiatrie générale de l'adolescent sont très peu mises en œuvre alors qu'à ce titre, l'unité pourrait jouer un rôle important sur le territoire en termes d'offre de soins. Les missions de réhabilitation sont privilégiées mais peu pertinentes à partir d'une unité intra hospitalière.

1. d. L'unité UETA¹²

Il s'agit d'une unité pour adolescents âgés de 12 à 18 ans avec une capacité de 10 lits. Ouverte en janvier 2025, elle est issue de la fusion de deux anciennes unités. Elle diffère de l'unité Bourneville par le fait qu'il ne s'agit pas d'une unité de psychiatrie polyvalente mais d'une unité qui se veut spécialisée dans l'accueil des cas complexes de pathologies psychiatriques ou neurodéveloppementales sévères, notamment des autistes avec trouble du développement intellectuel et non oralisant.

Le projet a été réactualisé après le passage de la mission. Il existe un décalage complet entre les ateliers proposés sur l'unité et les besoins cliniques des patients accueillis : activité « *boum* », cinéma, danse, ou « *restauration de soi* ».



En effet, la situation [REDACTED] pour lequel des alertes régulières sur ses conditions d'accueil et d'accompagnement ont été transmises à la mission, apparaît préoccupante. Lors de l'inspection l'équipe a

¹² Informations issues du document « Unité d'évaluation et de traitement pour adolescents, projet thérapeutique et de fonctionnement, revu en novembre 2025 »

évoqué les difficultés importantes qu'elle rencontrait pour lui proposer un accompagnement de qualité et pour mettre en œuvre les consultations médicales spécialisées dont il a besoin.

Lors de la visite sur site, la mission a constaté que sa chambre était la seule à ne pas pouvoir être ouverte de l'intérieur alors que cela avait été explicitement demandé le 7 octobre 2025 par le DG ARS à la direction de l'établissement. La maîtrise des méthodes comportementales de l'équipe était insuffisante au regard des besoins du jeune et l'équipe n'était pas en lien régulier avec des équipes de recours pouvant soutenir l'accompagnement.

Un point technique inter services est requis en urgence afin de définir un accompagnement adapté et sécurisé.

2. La place de l'hospitalisation dans les parcours de soins et les durées de séjour

Pour rappel, l'hospitalisation en pédopsychiatrie intervient dans une logique de gradation des soins. Elle est réservée aux situations de rupture du parcours ambulatoire, notamment lorsque la sécurité du patient (risque suicidaire, agitation majeure) ne peut plus être garantie à domicile. Or cela n'est pas proposé sur les 4 unités qui se définissent comme des unités ne pouvant pas accueillir les situations en urgence.

Il est rappelé dans tous les cas de privilégier au maximum les durées les plus courtes et les pratiques les moins restrictives.

Au-delà des situations d'urgence, le recours à une hospitalisation « programmée » peut être un recours ponctuel sur des motifs et projets bien précis, notamment pour une réévaluation pharmacologique, ou en cas de symptomatologie atypique après échec de procédures diagnostiques initiées en première intention en ambulatoire.

Là encore des durées d'hospitalisation aussi courtes que possibles sont à favoriser.

Il ressort de l'analyse des projets des unités, de la visite sur site et des différents entretiens menés, que la question du bénéfice-risque de l'hospitalisation, en particulier lorsqu'elle est prolongée chez les très jeunes enfants¹³, n'est pas documentée. Aucun élément tracé n'a été identifié dans les dossiers examinés ni évoqué en entretien.

¹³L'âge moyen des enfants hospitalisés en 2025 est de 11,6 ans, dont 8 enfants sont âgés de 6 ans et moins.

Au-delà de l’affichage sur les projets des unités, ce genre d’indications a très peu été observé en pratique au sein des unités inspectées, soit parce que celles-ci n’accueillent pas de situations en urgence, soit parce qu’elles comprennent toutes des projets d’observation/accompagnement sur des durées en pratique assez longues.

De plus, la question des effets potentiellement délétères de ces hospitalisations sur les enfants et adolescents n’est jamais questionnée. Ces effets sont pourtant identifiés¹⁴: détérioration du bien-être psychologique, l’augmentation du stress familial, la perte d’acquis scolaires et sociaux, et une majoration des risques de comportements problématiques.

En outre, la question des hospitalisations des plus jeunes n’est non seulement pas remise en question mais banalisée au motif qu’elles ne seraient pas nombreuses¹⁵. Or là encore, il ressort des entretiens menés que la séparation avec le milieu familial est vue comme positive, sans que soit pesé le rapport bénéfice-risque pour l’enfant d’une séparation avec ses figures d’attachement.

Ainsi, l’hospitalisation de semaine telle qu’indiquée dans les 4 unités inspectées **n’est en pratique pas positionnée selon les recommandations internationales**¹⁶. Les effets délétères potentiels **ne sont pas abordés dans une réflexion de bénéfice-risque**, et elle peut être proposée à de très jeunes enfants pour lesquels le **bien-fondé éthique doit être questionné**.

Les recommandations indiquent que l’hospitalisation doit être réservée aux situations de crise ou de risque aigu, et que le maintien dans le milieu le moins restrictif possible est une valeur fondamentale pour limiter les effets délétères de l’éloignement du domicile et favoriser l’inclusion sociale. Ils recommandent le recours prioritaire aux alternatives ambulatoires intensives et la limitation de la durée d’hospitalisation au strict nécessaire pour la stabilisation clinique.

¹⁴Demetriou EA, Boulton KA, Bowden MR, Guestella AJ. Adjustment and homesickness in hospitalised children: a systematic review. Clin Psychol Rev. 2024; 116:102431. doi:10.1016/j.cpr.2024.102431.

¹⁵ 8 enfants de 6 ans et moins sur les 20 enfants hospitalisés à Doita en 2025

¹⁶American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Clinical Update: Child and Adolescent Behavioral Health Care in Community Systems of Care. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023;62(4):367-384.

3. Les pratiques médicales et soignantes au sein des unités

Des changements de pratique ont été amorcés ces dernières années au sein des unités, avec des efforts entrepris dans les formations aux outils standardisés et le déploiement de certains outils de communication alternative.

En dépit de ces changements très récents, la référence aux classifications internationales et recommandations de bonne pratique reste encore incomplète dans les unités inspectées. Enfin, des pratiques non éthiques d'isolement ont lieu de façon usuelle au sein des unités.

3. a. Les espaces de repos sécurisés régulièrement utilisés

Sans aborder ici les aspects réglementaires et données quantitatives déjà précisément traités dans le rapport d'inspection, le recours à ce type d'espace tel que pratiqué par la fondation Vallée, c'est-à-dire avec **une fermeture à clé de l'extérieur**, correspond sur le plan clinique à une modalité d'isolement, dont la pratique n'est pas prévue dans le champ de la pédopsychiatrie. Lors des entretiens menés, la mission n'a pas entendu **de critiques ni de remise en cause de cette pratique**. Lors de la visite sur site, les équipes rencontrées étaient inquiètes de l'injonction par l'ARS de fermeture de ces espaces. Le soir même de l'inspection, une nouvelle mise en espace de repos sécurisé était pratiquée au sein de l'unité Winnicott.

Ces pratiques pourtant non respectueuses du droit et de la dignité des enfants sont donc courantes au sein des unités où elles sont perçues comme des modalités d'intervention légitimes.

3. b. Les diagnostics ne sont pas encore systématiquement posés

L'analyse des dossiers médicaux révèle un mélange de diagnostics formulés selon les classifications en vigueur (CIM, DSM), et de diagnostics en référence à des classifications non conformes (CFTMEA).

L'utilisation des tests projectifs à visée diagnostique demeure présente, en dépit de l'absence de validité clinique établie¹⁷.

Quant aux données transmises par le DIM, elles sont peu exploitables en l'état, avec là encore un mélange de différentes classifications.

¹⁷ « Autisme : recommandations pour le diagnostic et l'évaluation chez l'enfant et l'adulte » (HAS, 2018)

3. c. **La « cure institutionnelle », les « soins intégratifs »**

La cure institutionnelle est une approche psychodynamique conceptualisée et mise en œuvre historiquement sous la direction du Pr Misès au sein même de la fondation Vallée, notamment auprès d'enfants porteurs de TND en dehors de toute donnée scientifique la validant. Selon les entretiens menés dans le cadre de l'inspection, la cure institutionnelle ne serait plus en pratique au sein de la Fondation Vallée.

Cependant, plusieurs documents consultés dans le cadre de l'inspection indiquent le contraire. Dans le rapport du cabinet Elabore¹⁸, interrogeant un échantillon représentatif du personnel, il est clairement stipulé que « *les professionnels adhèrent unanimement à l'approche théorique appelée cure institutionnelle héritée de Roger Misès, renforçant ainsi leur sentiment d'appartenance et de sens au travail* ». D'autres documents internes et une publication¹⁹ dans une revue française vont également dans ce sens.

Dans sa version plus récente, les « soins intégratifs » reprennent les fondements de la cure institutionnelle en y ajoutant des outils d'évaluation et d'accompagnement issus d'autres courants théoriques, dont cognitivo-comportementaux. Les principes des « soins intégratifs » ont été présentés dans un document interne à la fondation Vallée datant de 2022²⁰ et pour rappel, une des unités inspectées se nomme « *unité de soins intégratifs Winnicott* ».

Les « soins intégratifs » ne font pas partie des méthodes recommandées dans le champ des soins psychiatriques ou neurodéveloppementaux²¹, aucune donnée scientifique fiable n'existant à leur sujet. L'ajout de méthodes ayant fait preuves de leur efficacité (par exemple les méthodes comportementales) à la cure institutionnelle ne peut absolument pas être une façon de recommander les soins intégratifs.

¹⁸ Rapport ELABORE, novembre 2024

¹⁹ Cazard F., Bittan A., Gossot M., Bufornio R., Clara, « motus et bouche cousue » : l'évolution des pratiques institutionnelles dans le cadre du partenariat avec l'aide sociale à l'enfance. Cah. Enfance Adolesc. 2023;(9):119-38

²⁰ « De la cure en institution aux soins intégratifs », 2022

²¹ « Autisme : interventions et accompagnements chez l'enfant et l'adulte. Recommandation de bonne pratique. 2012 »

3. d. La méfiance vis-à-vis des centres d'excellence

L'orientation vers une ligne 3 ou un centre d'excellence est recommandée dans les situations complexes, atypiques ou en cas de diagnostic différentiel difficile²².

La HAS recommande l'intégration des lignes 3 dans un parcours gradué, en précisant leur rôle dans l'appui aux équipes locales, la formation, la supervision des pratiques, et la prise en charge des cas nécessitant une expertise approfondie. Les centres d'excellence sont identifiés comme des acteurs-clés pour la montée en compétence des équipes, la réduction des disparités d'accès aux diagnostics et l'innovation thérapeutique.

Les documents internes consultés lors de l'inspection (mails et tracts syndicaux) comprennent régulièrement et explicitement des critiques à l'encontre de la recherche et des centres d'excellence. Lors de la visite de l'établissement et des entretiens, il n'a pas été fait mention de recours à ces centres pour soutenir les accompagnements ou soins complexes. Les unités sont donc peu en lien avec des ressources extérieures pourtant dites « de recours », telles que prévues dans une offre de soins et d'expertise graduée dans l'intérêt des patients.

Ces critiques exprimées à l'encontre de la recherche et l'absence de lien avec les centres d'excellence constituent un non-respect des recommandations actuelles, et paraissent en **contradiction avec l'ouverture affichée lors de l'inspection aux courants et méthodes issus des neurosciences.**

3. e. Le peu de soutien structuré et validé aux familles

Si les familles sont reçues régulièrement en entretien par le médecin de chaque unité, **il n'existe toutefois aucun programme** structuré avec des **méthodes recommandées** de type guidance parentale ou entraînement aux habiletés parentales²³ en réponse aux problématiques des enfants accueillis, dont beaucoup sont porteurs de troubles du neurodéveloppement.

De plus, lors de la visite sur site, les équipes ont indiqué que beaucoup d'enfants sont confiés à l'aide sociale à l'enfance. Pour ces populations

²²Autisme : repérage et parcours de soins chez l'enfant. Recommandation de bonne pratique. 2018.

²³Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Vostanis P. Autism spectrum disorder. Lancet. 2018;392(10146):508-520.

Barbareis WJ, Campbell J, DiKroger FA, Sideridis G, Froehlich TF, Wertzman C, et al. Society for Developmental and Behavioral Pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex attention-deficit/hyperactivity disorder. J Dev Behav Pediatr. 2020;

vulnérables, des programmes de soutien à la parentalité sont également recommandés²⁴ mais non proposés par les unités.

3. f. La difficulté à accompagner les situations complexes

Alors que les unités se positionnent sur l'accompagnement de situations complexes, plusieurs éléments limitants sont relevés : manque de formation/sensibilisation des professionnels au repérage et prise en charge de la crise suicidaire, manque de maîtrise des techniques comportementales pour les troubles du spectre de l'autisme, ateliers thérapeutiques sans fondement scientifique, manque de proposition d'interventions validées (TCC, psychoéducation, guidance parentale notamment). De plus, des signalements font état de prescriptions pharmacologiques inadaptées. L'absence de recours aux centres experts ou à des RCP est également un manque à la qualité des soins proposés.

L'accueil de situations complexes auprès d'équipes insuffisamment formées, avec des soins non fondés scientifiquement, le tout dans des durées prolongées, sont un des facteurs pouvant expliquer l'escalade comportementale conduisant aux mises en ERS régulières, pratique qui avait fini par être banalisée dans le discours des équipes.

4. Synthèse

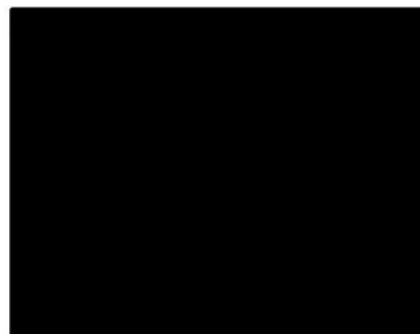
Les projets d'unités et les pratiques observées ne positionnent pas l'hospitalisation de semaine à la place attendue dans une organisation graduée : les indications demeurent étendues, les séjours sont fréquemment prolongés/renouvelés, et l'évaluation bénéfice-risque n'est pas documentée, y compris chez les enfants les plus jeunes.

Les modalités de soins décrites présentent peu de spécificités justifiant un recours à l'intra hospitalier, la plupart sont non valides scientifiquement, tandis que l'usage des ERS (assimilable cliniquement à de l'isolement) est courant et tenu pour légitime par les équipes médicales et soignantes.

Il en résulte un décalage structurel entre l'ambition d'accompagnement de situations complexes et un fonctionnement marqué par des hospitalisations programmées, des fermetures régulières propres au format d'hôpital de semaine, des formulations diagnostiques hétérogènes, des référentiels

²⁴McIntyre J, Gavril A, Brennan B, Sege RD, Dubowitz H. The Pediatrician's Role in Preventing Child Maltreatment: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;:154(2):e2024067608.

théoriques non alignés aux recommandations de bonne pratique (« *soins intégratifs*»), et des ressources de recours insuffisamment mobilisées.



14.9. Annexe 9 : Remarques de l'établissement au rapport et réponses aux remarques

L'établissement, sollicité par l'ARS, a souhaité apporter des observations sur le rapport. La mission d'inspection en a pris connaissance et en remercie la direction. Des éléments de précision sont apportés en retour. L'ensemble est intégré au rapport et il est nécessaire d'en tenir compte.

Remarques générales

Ce rapport est d'autant plus important qu'il s'inscrit à un moment-clé, après la fusion Fondation Vallée-Paul Guiraud et l'élection d'une nouvelle Présidente de CME. Il est aussi concomitant au renouvellement et à la montée en compétences des cadres soignants, permettant ainsi de conforter les changements engagés. Ce travail est conduit en lien étroit, depuis son arrivée en octobre 2022, avec Mme le Dr Lefebvre, cheffe du pôle Urgences et Expertises.

De manière liminaire, nous tenons à souligner que l'emploi du terme « management » tout au long du rapport, pour qualifier aussi bien les responsables médicaux et soignants que la direction est facteur de confusion.

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
P7	<p>Par 1.2 : « la cessation des pratiques d'isolement ... n'a pas fait l'objet d'un pilotage actif avant le 7 octobre »</p>	<p>La cessation des pratiques d'isolement s'est accélérée à l'été 2025 : <u>Lors des points Gouvernance</u> des 2 et 23 juillet 2025, le Directeur a explicitement demandé aux PCME et Vice-PCME la fin du recours à l'isolement en PEA, sauf à l'ULPIJ, avec une échéance en octobre 2025. <u>Cette décision a été communiquée par mail du 30 juillet aux directeurs adjoints</u> concernés, et explicitée lors du Comité de Direction du 11 aout 2025, qui s'est suivi d'une première réunion autour du DGA pour préparer un plan d'actions. <u>Ce plan d'action a fait l'objet de comités de suivi, dont la première réunion s'est tenue le 18 septembre.</u> Dans ce cadre, il a été notamment demandé de changer les serrures des chambres des patients, malgré l'opposition médicale du Pôle Hospitalisation, exprimée par mail du 25 septembre du chef de pôle Hospitalisation et Proximité. La décision de cessation a cependant été maintenue et confirmée par mail du DGA au chef de pôle (25 septembre) et par mail du DG à la PCME (2 octobre).</p> <p>Cette mise en œuvre s'est intensifiée à compter du 7 octobre 2025.</p>	<p>La mission entend par « déploiement actif » le la formalisation, l'exécution et le suivi d'un plan d'action à l'instar de celui transmis et mis en œuvre par l'établissement en réponse au courrier du DG ARS du 8 octobre.</p>
P7	<p>1.3 : "Le recours à l'isolement et à la contention est usuel et banalisé. Cette</p>	<p>Plus de 70% des professionnels affectés au sein des unités contrôlées ont bénéficié d'une formation sur la thématique au cours des trois dernières années. Les agents non formés</p>	<p>Bien noté mais cela ne concorde pas avec les éléments transmis à la mission. De plus 70% n'est pas 100% et constitue une donnée</p>

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	banalisation se manifeste, notamment, par un déploiement insuffisant des actions de formation censées soutenir les bonnes pratiques d'apaisement"	sont principalement des agents en absence de longue durée, d'une part ; des agents de nuit, d'autre part, plus difficiles à mobiliser. Si ce recours à l'isolement a été utilisé, il relève de choix médicaux et non d'une formation insuffisante.	quantitative et non qualitative du contenu et de l'appropriation.
P10	L'ARS a réalisé un audit sur l'attractivité et la fidélisation du personnel médical en 2021.	L'audit a été mené à l'initiative de l'établissement.	Dont acte.
eP14	Remarque 1 : « En n'ayant pas mené à son terme les dispositifs de formalisation initialement prévus pour accompagner la fusion (...), la direction n'a pas pleinement tenu compte de la recommandation de la CRC IF qui invitait expressément l'établissement à renforcer la formalisation de la fusion.	<p>Le rapport de la Chambre régionale des comptes d'Ile de France, transmis à l'établissement le 18 janvier 2022 ne formule pas cette recommandation, mais souligne dans sa page 53 « <i>la nécessité d'une définition d'objectifs clairs et partagés, ainsi que la mise en évidence d'un projet commun</i> ».</p> <p>Pour ce faire, la direction a formalisé un projet de Fusion Fondation Vallée-Paul Guiraud, couvrant tous les aspects de cette opération, et l'a soumis aux instances.</p>	Cela ne change pas le constat : la CrC le recommande à la page 53 de son rapport même si elle ne l'a pas formalisé comme une de recommandation. L'ensemble du paragraphe dont il n'a été cité qu'un bout est le suivant « <i>La chambre estime que, face aux problèmes de gouvernance médicale, dans le contexte de direction commune déjà en place et de cohérence à regrouper deux établissements géographiquement proches, spécialisés l'un en psychiatrie générale, l'autre en psychiatrie infanto-juvénile, la fusion paraît être une solution. Toutefois, la définition d'objectifs clairs et partagés ainsi que la mise en évidence d'un projet commun aux deux établissements, permettant d'articuler l'activité de chacun, est nécessaire pour donner du sens à une réorganisation qui dépasse la question de gouvernance.</i> »

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
P14	Par 4.2 : « Aucune priorité des 10 axes (du projet d'établissement) n'est dédiée à la promotion des bonnes pratiques d'apaisement ».	<p>La priorité 25 du projet d'établissement porte sur la promotion des bonnes pratiques au sein des établissements du GHT.</p> <p>Elles ont été, dès le départ, une orientation forte et primordiale de la politique Qualité et Sécurité. Cette priorité s'incarne avec les actions suivantes inscrites au projet d'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déploiement du plan de prévention partagé pour éviter les récurrences d'épisodes de violence ; - Création d'espaces d'apaisement ; - Formalisation des projets de soins personnalisés des patients ; - Mise en place de « rencontres sécurité » selon les recommandations de l'Haute Autorité de Santé ; - Elaboration de questionnaire PROMS (mesure des résultats rapportés par les patients) / PREMS (mesure des expériences rapportées par les patients). 	Dont acte, la mission l'a bien noté mais signifie que cela aurait pu constituer, compte tenu de l'enjeu, un des 10 axes en soit.
P14	par 4.2 : « Aucune des 30 priorités (du projet d'établissement) n'est dédiée à la réorganisation des unités d'hospitalisation de l'enfant ».	<p>Les Priorités 8 et 9 du Projet d'Etablissement portent sur l'organisation des unités d'hospitalisation en PEA.</p> <p><u>Priorité 8 Accroître les capacités de réponse aux situations de crise et d'urgence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Action 17 Réorganiser l'ULPIJ (Unité Urgence et Liaison en Psychiatrie Infanto-Juvenile) avec deux lits et des moyens supplémentaires pour pouvoir répondre à l'extension du territoire de recrutement au Sud du 92 • Action 18 Créer une Unité de Soins 	Bien que connexes, ce ne sont pas des actions spécifiques à ce sujet. La mission constate qu'il serait pertinent de dédier une action du Projet d'établissement à la réorganisation des unités pédopsychiatrique

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
		<p>Intensifs Ambulatoires (Alternative à l'hospitalisation temps plein ou en sortie d'hospitalisation temps plein pour des patients adhérents aux soins, avec un risque de passage à l'acte mesuré et un milieu familial mobilisé) adossée à l'ULPIJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Action 19 Créer une Equipe Mobile adossée à l'Unité de Soins Intensifs Ambulatoires, pouvant intervenir en amont et en aval de l'hospitalisation, en articulation avec le dispositif existant à Erasme <u>Priorité 9 Améliorer les parcours des patients en ambulatoire et en hospitalisation</u> • Action 21 Mettre en place de modalités d'hospitalisation séquentielle et de courte durée pour des évaluations et des soins • Action 24 Organiser les modalités d'hospitalisation séquentielle et de courte durée de patients dans des Situations Complexes pour soutenir leur accueil en ESMS • Action 25 Réaliser un projet améliorant le fonctionnement du Service Hospitalisation Enfants 	
P14-15	<p>Remarque 2 – « Le projet managérial et de gouvernance n'a pas obtenu l'aval des représentants du personnel et a été élaboré sans prendre en compte les changements issus de</p>	<p>Le projet managérial et de gouvernance a fait l'objet d'une abstention des représentants du personnel. Il s'intégrait dans un projet d'établissement qui a reçu un avis favorable à l'unanimité du CSE.</p> <p>Les actions prévues par le projet managérial et de gouvernance ne sont pas remises en cause par la fusion.</p>	<p>Le constat de la mission concerne bien le projet managérial et non pas le projet d'établissement</p>

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	la fusion. »		
P15-16	Par 4.4 : Gouvernance médicale Ecart N°1 : « Il n'a pas été élaboré de nouvelle charte de gouvernance... »	La PCME élue en janvier 2025 a validé le maintien des modalités préexistantes de collaboration, formalisées dans une première charte de gouvernance associant Paul Guiraud et Fondation Vallée. Les évolutions qu'il a été d'envisager dans un second temps d'apporter à la charte de gouvernance ont fait l'objet d'un échange en directoire le 10 avril 2026.	Ces échanges sont intervenus après l'inspection et cela montre bien toute leur utilité. Les constats ne sont pas rétroactifs.
P18	Par 4.6 : Directoire, Ecart N°2 : « L'organisation ... de la FV n'a pas été concertée en directoire... ».	La formalisation des principales orientations pour la FV a été présentée à l'ARS le 18 décembre 2025, et a fait l'objet d'une concertation en amont avec la gouvernance. Le projet final doit être présenté en juin 2026 à l'ARS, et sera en amont présenté en directoire.	Ces échanges sont intervenus après l'inspection et cela montre bien toute leur utilité. Les constats ne sont pas rétroactifs.
P18	4.7 – Direction « Les décisions de délégation de signature ...n'ont pas été actualisées ». Remarque 5 : « L'éloignement opérationnel de la direction générale, conséquence de la fusion et du regroupement des directions PG et FV,	Les délégations de signature avaient été actualisées après la mise en place de la direction commune entre Paul Guiraud et Fondation Vallée, en mai 2018. Une nouvelle actualisation n'a été nécessaire qu'avec la mise en place de la direction commune avec Erasme intervenue en janvier 2026. La direction a toujours veillé à une présence régulière sur site du DGA, de la Coordinatrice Générale des Soins (passant au moins 50 % de son temps sur place), du Directeur des Ressources Humaines et de l'ensemble des directeurs-adjoints , selon une logique de rotation (d'où l'absence de besoin de bureaux	Ceci est intervenu après l'inspection. Les constats ne sont pas rétroactifs. Ceci avait été relevé et pris en compte aussi, cette appréciation ne change pas les constats de la mission.

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	intervient à un moment où elle doit piloter de très près les évolutions de pratiques et d'organisation ».	spécifiques et réservés pour chaque direction). Une organisation est en place pour assurer la continuité de chaque direction avec des collaborateurs sur Gentilly. Les missions du DGA ont toujours été mixtes (directeur délégué de la Fondation Vallée, mais aussi directeur qualité-droits des patients du GHT, puis DGA), le conduisant ainsi à exercer des fonctions transversales. Enfin, la fusion n'a pas modifié les périmètres de responsabilités, les directeurs adjoints fonctionnant déjà en direction commune.	
P20	Remarque 6 - Filière médico-sociale « Le transfert (des professionnels socio-éducatifs à la filière médico-sociale) ... n'a pas été suffisamment anticipé ni préparé. ... Il a ainsi exposé la direction médico-sociale...une fragilisation de la diffusion des règles et bonnes pratiques relatives aux mesures de contention et d'apaisement ».	Les professionnels socio-éducatifs ont été rattachés en octobre 2024 à la direction médico-sociale dans un objectif de cohérence institutionnelle et d'accompagnement des métiers socio-éducatifs. Ce rattachement a été accompagné par : <ul style="list-style-type: none"> - le recrutement d'une nouvelle responsable, issue du site de Gentilly, - la diffusion d'une note de service rappelant les circuits de recrutement (note 225-2025). Les éducateurs bénéficient désormais de l'accompagnement nécessaire à leur montée en compétence et au respect de leur rôle professionnel.	Les constats de la mission attestent justement de l'insuffisance de ces actions pour piloter un tel rattachement étant donné le nombre important de personnels éducatifs passés sous la responsabilité hiérarchique de la direction médico-sociale.
P24	4.10 Encadrement Le projet de la future cheffe de pôle ne figure	Les axes structurants de ce projet, bâtis avec la PCME et la cheffe de pôle MCUPH, ont été présentés à l'ARS le 18 décembre 2025.	Ceci est intervenu après l'inspection. Les constats ne sont pas rétroactifs.

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	pas dans la demande d'autorisation.	L'ARS demande de poursuivre ce travail, avec la présentation d'un projet exhaustif au 30 juin 2026 . Celui-ci sera concerté en amont en directoire.	
P21-24-25	Remarque 8 « Multiplicité et variabilité des organigrammes » Remarque 9 « Les intérimis de chefferies de service et d'unité, la démission du chef de pôle, les récentes arrivées de cadres paramédicaux... dénotent un encadrement fragilisé ».	L'organigramme de direction est stable. Après une période de constance (présidence de la CME assumée par le même médecin de 2017 à 2024), on observe des intérimis de chefferies de service et d'unité dans le Pôle Hospitalisation et Proximité, la démission du chef du pôle Hospitalisation et Proximité, ainsi que de récentes arrivées de cadres paramédicaux. Si ces changements peuvent dénoter un encadrement fragilisé, ils traduisent en réalité un renouvellement nécessaire au regard des insuffisances constatées permettant d'initier un travail de fond sur l'offre de soins et les modalités d'encadrement et de prises en charge.	La mission a fait des constats sur les différents organigrammes, et pas seulement celui de la direction. Ce qui ne change pas les constats de la mission
P25	4.11 Climat social – Remarque 10 Les avis défavorables des représentants du personnel sont en 2025 quasi-systématiques. »	Les démarches de fusion et d'évolution des pratiques professionnelles font souvent l'objet de résistances, d'autant que la fusion a conduit à une diminution du droit ARTT des professionnels. Il est rappelé que la fusion a recueilli une majorité en CME et au Conseil de Surveillance (7 votes favorables sur 10 votants).	Cette observation ne change pas les constats de la mission
P28	Remarque 12 Plan qualité	L'ensemble des actions a un ou des pilotes définis. Ce point est confirmé plus haut dans le rapport	La mission a fait le constat (qui n'est pas cité) entre les deux passages apparemment contradictoires rapportés que le chef de pôle

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	"Certaines (actions) sont inachevées voire dépourvues de pilote"	(page : 28 « l'ensemble des 70 actions a un à quatre pilotes").	hospitalisation et proximité a quitté ses fonctions alors qu'il était pilote d'un certain nombre d'actions qui n'en ont donc plus
P31	Commission des usagers Ecart n°4 : « la direction n'a pas développé d'outils pour promouvoir l'expression orale et écrite des griefs des patients ».	La direction a développé des outils afin de promouvoir la possibilité au patient d'exprimer oralement ou par écrit ses griefs : l'organisation est formalisée dans le livret d'accueil, des affiches sont disponibles dans les unités, la chargée des relations avec les usagers est accessible sur le site de Gentilly, le conseil des enfants et des adolescents permet une expression directe. Des questionnaires de satisfaction (écriture en FALC) auprès des patients et des familles, sont également diffusés et exploités par l'établissement.	Oui en théorie mais en pratique justement la mission fait le constat qui n'est pas cité de leur ineffectivité tel qu'elle l'a écrit page 31 ainsi : «Pourtant, les constats de terrain communiqués à la mission font que les canaux de recours et de médiation, bien que décrits comme opérationnels, ne suffisent pas à garantir l'effectivité des droits, notamment lorsque les familles sont structurellement éloignées du lieu d'hospitalisation sur l'essentiel de la semaine, ou que certaines sont analphabètes.»
P41	8.1 Unités d'hospitalisation « Le dossier d'autorisation ne comporte aucune évaluation de la capacité réelle à être mis en œuvre ».	La note accompagnant la demande d'autorisation spécifiait : « - L'activité d'hospitalisation complète du site de Gentilly demeure à ce stade difficilement anticipable dans la mesure où celle-ci demeure conditionnée au recrutement de médecins portant le projet d'hospitalisation de courte durée, dans une perspective d'évaluation et de réhabilitation ; - Les effectifs et compétences seront donc amenés à évoluer. »	Ce qui confirme le constat de la mission que la capacité à faire n'a pas été évaluée
P43	8.3 Admissions	La direction a suspendu les admissions en unité d'hospitalisation sur Gentilly début octobre 2025.	Il en a été tenu compte
P54	"la traçabilité des prescriptions d'isolement	Les prescriptions sur ████████ n'ont pas été interrompues depuis janvier.	

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	sur [REDACTED] ayant été interrompue depuis janvier"	Depuis janvier 2025, les prescriptions sont réalisées sur [REDACTED]. Auparavant elles étaient réalisées sur un autre logiciel : Cimaise.	
P59/60	Remarque 31 – Disponibilité des alternatives « La diffusion des compétences de désescalade ...demeurent incomplètes... ».	Le taux de formation des professionnels de l'établissement à la date du contrôle dépasse 70%. Il est à noter que ces formations ont été ouvertes le plus largement possible, y compris aux apprentis, mais également aux internes et stagiaires associés. Les éléments chiffrés de la page 59 (« seuls 32% des professionnels affectés ») sont contradictoires avec le décompte opéré en page 38.	Bien noté, cf. remarque supra.
P62	Remarque 32 « Les éléments recueillis ...traduisent une banalisation des pratiques restrictives ».	Au regard de cette banalisation constatée par l'encadrement renouvelé, plusieurs rappels ont été réalisés par la direction et la cheffe du pôle Urgences et Expertises : <ul style="list-style-type: none"> - La coordonnatrice générale des soins et la directrice des affaires juridiques ont réalisé plusieurs présentations en réunion cadres de la FV : 25 septembre et 17 octobre 2025. - Une note de service sur le rappel des bonnes pratiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a été présentée et diffusée le 15 octobre 2025. 	Cela confirme que la banalisation était bien réelle et les réactions ont été tardives, en partie à la suite du courrier du Directeur général de l'ARS IdF
P63	Par 10.1.1 Projet médical de la FV	Les actions relatives au projet médical de la PEA sont identifiées dans le projet d'établissement.	Dont acte

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	Remarque 33 « Aucun document concret de projet médical relatif à la PEA... n'a été formalisé au sein du GH FV-PG ».	L'établissement dispose, dans le cadre du projet médical unifié, d'un tableau de suivi identifiant les responsables et les échéances. Celui-ci fait l'objet d'un suivi régulier avec la PCME et en COPIL.	
P69/70	Procédure de recrutement des psychologues Remarque 35 - Poids du collège des psychologues	La procédure de recrutement des psychologues a été révisée en 2024. La présidente de CME, également cheffe du pôle Hospitalisation et Proximité par intérim, a rappelé la responsabilité médicale dans le recrutement des psychologues. Par ailleurs, la direction a suspendu le "tutorat" porté par des psychologues (et médecins) dès septembre 2025.	Dont acte.
P70	Remarque 36 : "Le recours au trio d'unité fonctionnelle apparaît peu pertinent"	Depuis janvier 2025, la recomposition de l'encadrement supérieur puis des cadres de proximité avec une expertise paramédicale a permis de repositionner les responsabilités, le périmètre et les missions hiérarchiques vis à vis des équipes paramédicales. Pour autant l'acculturation des autres professionnels reste en cours. La nouvelle présidente de CME a confirmé cette organisation et une information a été faite en réunion aux psychologues, en présence du Directeur des Ressources Humaines, le 5 janvier 2026. Un compte-rendu a été établi.	Le recours au trio d'unité fonctionnelle figure dans les projets des unités et a systématiquement été évoqué en entretien et l'évolution évoquée n'a pas été celle présentée aux inspecteurs. Comme l'indique la réponse du GH, «l'acculturation des autres professionnels reste en cours»... mais la remarque reste pertinente
P90	12. Conclusion "La complexité de l'environnement : ...une	Une profonde modification de la gouvernance historique des unités et services au sein de la Fondation Vallée est engagée depuis 18 mois,	Dont acte

Page	Extrait du rapport	Remarques	Réponses de la mission aux remarques
	gouvernance fragilisée par les réorganisations hiérarchiques et fonctionnelles consécutives à la fusion"	avec le renouvellement de l'encadrement soignant, le recentrage progressif du collège des psychologues sur ses compétences propres et la fin des trios d'unités. Ces évolutions ont été possibles grâce à l'appui très actif de la cheffe de pôle Urgences et Expertises et plus récemment de la nouvelle Présidente de CME.	
P90	12. Conclusion « La mission exprime sa confiance dans la capacité de la direction générale, de la PCME de la CME, et de l'encadrement supérieur à porter et piloter cette dynamique de changement ».	Le GH tient à apporter ses remerciements pour cette confiance renouvelée.	