

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Courriels :

Monsieur Maxime CLERET
Directeur Général du SEISAAM - l'Institut Thérapeutique
Educatif et Pédagogique
ITEP PRO du SEISAAM
81 avenue Miribel
55100 VERDUN

Objet : Décision administrative, à la suite d'une inspection

P. J. : Un tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté dans votre établissement, **le mardi 7 octobre 2025**, une inspection portant sur la prévention et la lutte contre les situations de maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour les personnes en situation de handicap notamment en raison d'événements indésirables graves récents (2024) liés à des comportements violents et de fugue.

Je vous ai transmis le 14 janvier 2026 le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre.

À la lecture de ce rapport, plusieurs écarts réglementaires étaient apparus en matière de mise à jour et de conformité des documents institutionnels, notamment s'agissant du projet de service, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour. Des insuffisances avaient également été relevées dans la démarche qualité, en raison d'un plan d'amélioration de la qualité non actualisé et d'un recueil annuel de satisfaction incomplet ou absent. À cela s'étaient ajoutées des fragilités en matière de sécurité et de formation, en particulier sur le plan de la traçabilité, ainsi que des non-conformités matérielles et alimentaires, telles que l'absence de dispositifs anti-brûlure, la présence de produits périmés et des réserves concernant la qualité de la restauration.

Le rapport avait aussi relevé des remarques appelant à une attention particulière. Il avait souligné l'absence de projet thérapeutique, le manque de supports en français facile à lire et à comprendre ainsi que l'insuffisante formalisation d'une culture spécifique de signalement de la maltraitance. Par ailleurs, des améliorations étaient attendues en matière de formation, de traçabilité et de formalisation des projets personnalisés.

Pour autant, ce rapport avait mis en évidence les atouts de l'établissement notamment concernant l'organisation éducative et pédagogique et les locaux globalement adaptés aux besoins des usagers. La coordination fonctionnait de manière active et le cadre de vie offert garantissait une stabilité appréciable au quotidien.

Néanmoins, l'inspection avait insisté sur la nécessité de renforcer la prévention des situations de maltraitance. La formalisation des projets et des procédures, la sécurisation des équipements, l'amélioration de la restauration, un meilleur accès aux soins urgents en pédopsychiatrie et le renforcement de la culture de signalement constituaient, à cet égard, des leviers essentiels pour assurer une maîtrise durable des risques identifiés.

J'avais alors formulé neuf prescriptions et huit recommandations.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.
J'ai réceptionné votre réponse en date du 11 mars 2026 après relance, ainsi que les documents associés.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, je vous notifie la présente décision. Par cette dernière, je maintiens six prescriptions et six recommandations.

I. Prescriptions

Les prescriptions **P n° 3, 5 et 7** sont **levées**.

Les prescriptions **P n° 1, 2, 4, 6, 8 et 9** sont **maintenues**.

II. Recommandations

Les recommandations **R n°3 et 7** sont **levées**.

Les recommandations **R n° 1, 2, 4, 5, 6 et 8** sont **maintenues**.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures dans le tableau en annexe.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête au greffe du tribunal administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site **www.telerecours.fr**.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la direction départementale de la Meuse, à l'adresse électronique suivante : ARS-GRANDEST-DT55-DELEGUE@ars.sante.fr et ARS-GRANDEST-DT55-MEDICO-SOCIAL@ars.sante.fr.

Par ailleurs, je vous prie de noter que les prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

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

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Le Directeur de
l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Mathieu FLOQUET
Nancy le 27/03/2026



Copies ARS Grand Est :

- Direction de l'autonomie
- Délégation départementale de la Meuse

Annexe 1

**Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations définitivement maintenues,
en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.**

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
E.1	Le projet de service spécifique à l'ITEP professionnel de Verdun (version 2018) n'est plus actualisé et n'intègre ni la logique de dispositif DITEP ni les orientations du projet d'établissement 2021-2025 du SEISAAM ce qui est contraire aux dispositions prévues par l'article L. 311-8 du CASF.	15	Pre.1	Mettre à jour le projet de service de l'ITEP en cohérence avec le projet d'établissement en cours d'actualisation.	6 mois
Vous informez qu'un groupe de travail est constitué. L'échéance est prévue au second semestre 2026 comme l'atteste la programmation prévisionnelle adressée à la mission. La prescription n°1 est maintenue.					
E.2	Le projet d'établissement du SEISAAM 2021-2025 ne fait ni mention d'une co-construction avec le personnel ni d'une consultation auprès du CVS contrairement aux dispositions prévues aux articles D. °312-38 et D. 311-38-4 du CASF.	15	Pre.2	S'assurer de la consultation du CVS pour le prochain projet d'établissement et de l'association du personnel et de sa diffusion. Formaliser ces éléments de méthodes dans le projet afin de les valoriser.	6 mois
En lien avec l'écart n°1. La prescription n°2 est maintenue.					
E.3	Le règlement ne comporte pas l'articulation explicite avec la Charte des droits et libertés de la personne accueillie prévue à l'article R. 311-36 CASF, alors qu'elle doit constituer un socle opposable de droits pour l'usager ce qui constitue une non-conformité à la réglementation.	18	Pre.3	Mettre à jour le règlement de fonctionnement afin d'intégrer cet ensemble prévu par la réglementation.	4 mois
Le règlement de fonctionnement est mis à jour. La charte est annexée au présent document comme l'attestent les pièces justificatives transmises à la mission. De plus, vous prévoyez de les valider aux prochaines instances. La prescription n°3 est levée.					

E.4	Le contrat de séjour de l'ITEP Pro Verdun ne prévoit pas la recherche ni la consignation de l'accord ou du refus de l'utilisateur ou de son représentant légal pour les contrôles effectués dans l'espace privatif, alors que ces interventions peuvent porter sur l'intimité de la personne contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.	19	Pre.4	Modifier le contrat de séjour afin d'y intégrer une disposition spécifique relative : - à la demande systématique de l'accord de principe de l'utilisateur ou de son représentant légal pour toute intervention dans l'espace privatif (chambre), hors situations d'urgence ; - à la possibilité pour l'utilisateur de refuser, selon son âge et ses capacités, cet accès dans le respect de son intimité ; - à la procédure de traçabilité, mentionnant que cet accord ou refus est : a. recueilli de manière formalisée (case à cocher, paragraphe dédié dans la page de signatures), b. conservé dans le dossier de l'utilisateur ; - aux conditions exceptionnelles dans lesquelles l'établissement peut pénétrer dans l'espace privatif sans accord préalable (urgences liées à la sécurité des personnes ou des biens), en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Cette clause est à insérer explicitement dans le contrat de séjour, communiquée aux représentants légaux et présentée pour mise à jour aux instances compétentes (CVS pour avis, CA pour validation).	6 mois
Vous prévoyez de vous mettre en conformité pour le mois d'avril 2026. Dans l'attente, la prescription n°4 est maintenue.					
E.5	La fréquence de recueil de la satisfaction définie par l'établissement (bisannuelle) n'est pas conforme à l'obligation réglementaire d'un recueil annuel telle que prévue à l'article D. 311-15 CASF.	23	Pre.5	Mettre en place un dispositif de recueil annuel de la satisfaction et mettre à jour la procédure interne en conséquence.	3 mois
Vous transmettez la procédure intitulée « PRO 8-3 PROCÉDURE DE GESTION DE LA SATISFACTION REV 01 du 10/03/2026 », qui a fait l'objet d'une diffusion aux services. Elle prévoit le recueil annuel de la satisfaction des usagers notamment. La prescription n°5 est levée.					

E.6	La démarche qualité du SEISAAM demeure insuffisamment consolidée, et le Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) de l'ITEP n'a pas été actualisé depuis 2023, ne garantissant pas une mise en œuvre continue et actualisée de la démarche qualité exigée ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. °312-8 CASF.	29	Pre.6	Poursuivre la consolidation de la démarche qualité au niveau du SEISAAM afin d'assurer un pilotage continu, structuré et conforme aux exigences réglementaires et de bonnes pratiques.	6 mois
				Actualiser le PAQ de l'ITEP pour s'assurer de son avancement et l'adapter au fil de l'eau des besoins (cf. RETEX).	3 mois
Vous indiquez que le PAC a été mis à jour en novembre 2025 et par ailleurs une action de renouvellement est en cours dans le cadre de l'acquisition d'un nouveau logiciel. Cependant celui transmis à la mission date du 22/12/2023. En conséquence, la prescription n°6 est maintenue.					
E.7	Des denrées alimentaires situées dans le garde-manger et dans le réfrigérateur de la cuisine sont périmés ce qui représente un risque, potentiel pour la santé des usagers. Aucun suivi des péremptions n'est réalisé, ni traçabilité des produits stockés (cf. Annexe n°3, Photo n°1). Ces constats pouvant constituer un risque pour la santé et l'intégrité physique des résidents vont à l'encontre des dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	38	Pre.7	Mettre en œuvre sans délai des mesures garantissant la sécurité sanitaire et la protection de la santé des personnes accompagnées, en assurant l'application effective des protocoles de gestion des denrées alimentaires (contrôle systématique des dates de péremption, élimination des produits non conformes, traçabilité des contrôles) et en sécurisant l'accès aux produits dangereux.	Immédiatement
Vous avez mis en place un inventaire de denrées alimentaires comme l'atteste les deux pièces justificatives transmises. La prescription n°7 est levée.					
E.8	Les installations d'eau accessibles aux adolescents ne sont pas pourvues de dispositifs destinés à éviter à ceux-ci d'être ébouillantés contrairement aux dispositions de l'article D. 312-31 du CASF.	39	Pre.8	Mettre en conformité les installations d'eau accessibles aux adolescents en installant des dispositifs anti-brûlure (limiteurs de température ou mitigeurs thermostatiques), et procéder à un contrôle documenté de la température de l'eau, afin de garantir le respect des exigences de sécurité prévues à l'article D. 312-31 du CASF. Une fois les dispositifs installés, transmettre à l'ARS un justificatif de mise en œuvre (attestation d'un professionnel ou relevés de température).	4 mois
Vous prévoyez d'étudier ce besoin dans le cadre des investissements 2026. Dans l'attente, la prescription n°8 est maintenue.					

E.9	La prestation de restauration externalisée ne satisfait pas aux exigences de qualité, d'équilibre nutritionnel et de quantité attendues, et ce malgré des signalements répétés et des démarches engagées par l'établissement auprès du prestataire, sans amélioration constatée. Cette situation ne garantit pas le respect des obligations de l'établissement en matière de qualité de la prise en charge alimentaire et peut impacter le bien-être des usagers au regard des articles L. 311-3, L. 311-4 et D. °311-0-2 du CASF.	13	Pre.9	Mettre en œuvre les mesures nécessaires pour garantir une prestation de restauration conforme en qualité, équilibre nutritionnel et quantité. Transmettre les actions correctrices engagées auprès du prestataire, le calendrier d'amélioration ou de renégociation du contrat.	3 mois
La prescription n°9 est maintenue.					

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	Le projet de service de l'ITEP intègre un cadre de bientraitance affirmé (charte de bientraitance, charte des droits et libertés, principes explicites) sans intégrer un dispositif opérationnel détaillé de prévention et de lutte contre la maltraitance.	17	Rec. 1	Veiller à intégrer de manière explicite un dispositif opérationnel détaillé de prévention et de lutte contre la maltraitance (<i>procédure formalisée de signalement de situations de maltraitance, modalités opérationnelles de traitement des alertes ou de gestion des situations de maltraitance avérée, dispositif spécifique d'information des usagers sur leurs droits, recours ou personnes ressources...</i>).	3 mois
La recommandation n°1 est maintenue.					
R. 2	Les documents transmis ne présentent pas de projet général thérapeutique/de soins formalisé ; la dimension thérapeutique n'apparaît qu'au travers des missions individuelles des professionnels.	17	Rec. 2	Veiller à enrichir le projet thérapeutique/ général de soins dans le prochain projet d'établissement, décrivant l'organisation thérapeutique, les objectifs partagés et les modalités de coordination des interventions, ce qui renforcerait la lisibilité et la cohérence des pratiques au sein du service.	6 mois
Vous prévoyez la mise en œuvre de cette recommandation au cours du 1 ^{er} semestre 2026. La recommandation n°2 est maintenue.					
R.3	Aucun document transmis et affiché ne fait apparaître l'existence d'un support d'information en FALC (Facile à Lire et à Comprendre) destiné aux usagers et à leurs familles concernant leurs droits, les démarches possibles en cas de maltraitance et les voies de recours internes ou externes. Les supports existants (règlement de fonctionnement, projet de service, livret d'accueil) ne sont pas adaptés en langage simplifié et ne permettent pas une information accessible à tous les publics accueillis, en particulier aux jeunes présentant des difficultés de compréhension.	25	Rec.3	Élaborer et diffuser un support FALC présentant les droits des usagers, les modalités de signalement et les voies de recours en cas de maltraitance.	3 mois
Vous transmettez le document objet de la recommandation n°3. Elle est donc levée.					

R.4	Aucun document ne mentionne une culture spécifique de signalement de maltraitance, ni une sensibilisation dédiée au thème, mais plutôt une culture générale de déclaration des EI.	28	Rec.4	Renforcer la culture de signalement spécifique à la maltraitance en mettant en place des actions de sensibilisation dédiées (formations, rappels en réunion, diffusion de supports), afin de distinguer clairement les démarches liées à la maltraitance de celles relatives aux autres événements indésirables.	3 mois
La recommandation n°4 est maintenue.					
R.5	Le diplôme d'un moniteur-éducateur en contrat à durée déterminée, intervenant dans l'équipe éducative n'a pas été transmis.	30	Rec.5	Transmettre le diplôme du moniteur éducateur ou de son équivalent. En l'absence de diplôme, inscrire la professionnelle dans un dispositif permettant l'obtention du diplôme en cas de poursuite de l'activité au sein du SEISAAM.	1 mois 6 mois
La recommandation n°5 est maintenue.					
R.6	Les entretiens menés font ressortir que les besoins de formation, notamment en matière de gestion des comportements violents et des gestes d'urgence, demeurent insuffisamment couverts. Par ailleurs, le plan de formation 2024 et le plan prévisionnel 2025, communs aux structures du SEISAAM, ne permettent pas d'identifier précisément les formations effectivement suivies par le personnel de l'ITEP	36	Rec.6	Transmettre un document récapitulatif nominatif, indiquant pour le personnel de l'ITEP, les formations suivies et les formations prévisionnelles, avec précision de leurs fonctions. Former le personnel à la gestion des comportements violents et des gestes d'urgence.	3 mois 6 mois
Vous transmettez un tableau des formations réalisées du personnel en 2025 ainsi que la fiche à renseigner vierge pour l'année 2026. Cette dernière ne permet pas d'établir qu'un programme prévisionnel de formation pour l'année 2026 est mis en place. En conséquence, la recommandation n°6 est maintenue.					
R.7	Le tableau de traçabilité de l'entretien du WC Femmes, n'est pas complété à la date de la visite, alors que ce nettoyage est quotidien.	37	Rec.7	Compléter le tableau de traçabilité de l'entretien après toute prestation effectuée.	Immédiatement
Vous adressez le tableau de traçabilité complété ainsi qu'une photographie de l'affichage mis en place. La recommandation n°7 est levée.					
R.8	Les projets personnalisés d'accompagnement au format papier sont peu étoffés en matière d'évaluation et objectifs fixés.	43	Rec.8	Veiller à renforcer la formalisation des PPA afin qu'ils comportent systématiquement une évaluation complète, des objectifs individualisés et la traçabilité de la participation du jeune et de sa famille.	3 mois
Vous informez qu'il est prévu le déploiement du logiciel AIRMES qui permettra de détailler chaque objectif avec une échéance prévue en septembre 2026. Dans l'attente, la recommandation n°8 est maintenue.					