

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Affaire suivie par :
[REDACTED]

Courriel :
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Madame Cindy WENDLING
Directrice de l'Institut Médico-Educatif
IMPro du RIED
1 rue Principale
67230 DIEBOLSHEIM

Madame la Directrice,

J'ai diligenté dans votre établissement, les 22 et 23 septembre 2025, une inspection portant sur la prévention et lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour les personnes en situation de handicap.

Je vous ai transmis le **05/01/2026** le rapport d'inspection et les décisions que j'envisageais de prendre.

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 **05/02/2026**, ainsi que les documents associés.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions mises en œuvre, je vous notifie la présente décision.

I. Prescription

Les prescriptions Pre.8, Pre.11, Pre.13, Pre.14 et Pre.17 sont levées.
Les prescriptions Pre.1 à 7, Pre.9, Pre.10, Pre.12, Pre.15 et Pre.16 **sont maintenues**.
Les délais des prescriptions Pre.5 et Pre.10 sont modifiés.

II. Recommandations

Les recommandations Rec.16 et Rec.32 à 34 sont levées.
Les recommandations Rec.1 à Rec.15, Rec.17 à Rec.31 et Rec.35 à Rec.43 **sont maintenues**.
Les délais des recommandations Rec.5, Rec.17, Rec. 23 et Rec.29 sont modifiés.
La remarque 22 est annulée (cf. infra)

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

Un addendum au rapport est également mis en annexe 2 du présent courrier, concernant l'accès PMR du bâtiment administratif de l'établissement. Dans ce cadre **la remarque 22 est annulée**.

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 remise ou envoyée 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 Délégation Territoriale du Bas-Rhin (ars-grandest-dt67-autonomie@ars.sante.fr)

Par ailleurs, je vous prie 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, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.



Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - Directrice par intérim
de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Sandrine GUET
Nancy le 26/02/2026

Copies ARS Grand Est :

- Direction autonomie
- DT67

Annexe 1

Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations définitivement maintenues

Prescriptions				
Ecart (référence)		Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E.1	Le nombre de places installées sur chacun des sites (40 et 40 places) ne correspond pas aux données de l'arrêté ARS n°2017-0462 du 4 mai 2017 portant renouvellement de l'autorisation délivrée à la Fédération de Charité Caritas Alsace pour le fonctionnement des 2 IMPro.	Pre.1	En lien avec l'ARS Grand-Est, revoir la faisabilité des modalités d'accueil sur les 2 sites pour faire coïncider les places autorisées et les places installées ; réviser l'autorisation en lien avec ces éléments	Prescription maintenue 9 mois <i>Un travail institutionnel est engagé dans ce sens.</i>
E.2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	Pre.2	Rédiger un nouveau projet d'établissement en prenant en compte les impératifs de l'article L.311-8 CASF	Prescription maintenue 6 mois <i>Le projet d'établissement en cours de finalisation est transmis.</i> <i>Le volet thérapeutique/soin n'est pas clairement identifié, comparativement au volet éducatif/pédagogique. Le document étant en cours de travail, il conviendra de l'adresser à l'ARS une fois que celui-ci aura été finalisé, présenté aux instances, et les dates reportées sur le document.</i>
E.3	Le contrat de séjour ne mentionne pas diverses dispositions obligatoires au regard des articles du CASF, notamment l'accord ou le refus de la personne accueillie pour le contrôle effectué dans son espace privatif, en application des articles L. 313-13-1 CASF, et L.311-4 du CASF.	Pre.3	Mettre en conformité les nouveaux contrats de séjour avec les dispositions réglementaires du CASF, en intégrant notamment l'accord ou le refus de la personne accueillie pour le contrôle effectué dans son espace privatif.	Prescription maintenue 6 mois

E.4	L'établissement n'organise pas d'enquête de satisfaction depuis 3 ans, contrevenant aux dispositions de l'article D. 311-15 III du CASF.	Pre.4	Mettre en place une enquête de satisfaction à destination des jeunes et des familles et en présenter le résultat au CVS.	Prescription maintenue 6 mois <i>Il est précisé que la mise en place est en cours, les éléments ayant été présentés au dernier CVS (CR non transmis).</i>
E.5	Malgré l'existence d'une dynamique émergente autour de la thématique, l'établissement ne dispose pas encore de procédure formalisée encadrant le respect de l'intimité et l'accompagnement de la vie affective, intime et sexuelle des jeunes, contrairement aux attendus de la circulaire du 5 juillet 2021.	Pre.5	Structurer et formaliser la démarche institutionnelle en matière de vie affective, intime et sexuelle (VAIS) afin de garantir un cadre cohérent, sécurisé et partagé.	Prescription maintenue 3-mois Délai modifié : 6 mois <i>La démarche s'inscrit en lien avec des partenaires externes. L'établissement demande une modification du délai, afin de réaliser ce travail.</i>
E.6	La procédure de gestion des événements indésirables ne comprend aucun élément sur le repérage et la déclaration d'acte de maltraitance, et ne précise pas les modalités concernant la déclaration externe des dysfonctionnements graves et des EIG/ EIG-S de sorte qu'il n'est pas possible de savoir si l'établissement transmet <u>sans délai</u> à l'ARS tout dysfonctionnement grave dans sa gestion ou son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, contrevenant aux dispositions de l'article L 331-8-1 du CASF.	Pre.6	Mettre à jour la procédure d'utilisation de signalement des événements indésirables en détaillant l'organisation propre à l'établissement concernant le repérage et la déclaration d'acte de maltraitance ; préciser le mode de déclaration externe aux différentes administrations <u>sans délai</u> ; concernant l'ARS, ajouter les coordonnées du point focal régional de l'ARS Grand Est : ARS-GRANDEST-ALERTE@ars.sante.fr Tél : 09 69 39 89 89 Fax : 03 10 01 01 61	Prescription maintenue 3 mois <i>Le travail est mené au niveau de la Fédération pour déployer une politique Bientraitance commune à l'ensemble des établissements.</i>
E.7	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu révisé, comme le prévoit l'article R.311-38-1 du CASF.	Pre.7	Transmettre le nouveau plan bleu, conforme aux attendus de l'article R.311-38-1 du CASF, et mentionnant la date de consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du conseil de la vie sociale.	Prescription maintenue 3 mois <i>Il est précisé que la présentation aux différentes instances est prévue au courant du 1^{er} trimestre 2026.</i> <i>Il conviendra d'adresser le document finalisé à l'ARS.</i>

E.8	Les deux professionnels assurant la veille de nuit sur le site de Diebolsheim ne disposent pas d'une qualification en lien avec les missions exercées, contrevenant aux dispositions de l'article D.312-26 du CASF.	Pre.8	Inscrire les professionnels assurant la veille de nuit dans une formation leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires à la surveillance, à la sécurité et à l'accompagnement des usagers durant la nuit, notamment en matière de gestion des situations d'urgence, de gestes de premiers secours, d'accompagnement des personnes en situation de handicap.	Prescription levée <i>Il est transmis les qualifications des veilleuses de nuit du site de Diebolsheim (1 SST, 1 surveillante de nuit qualifiée).</i>
E.9	L'infirmier du site de Diebolsheim ne dispose pas de lit de repos permettant l'accueil temporaire d'un usager nécessitant un temps de repos ou de surveillance ; En outre, il n'existe pas d'espace de cabinet médical. Ces éléments contreviennent aux dispositions de l'article D.312-33 CASF.	Pre.9	Adapter les locaux de l'infirmier afin de disposer d'un espace fonctionnel permettant à la fois l'accueil temporaire d'un usager nécessitant du repos et la réalisation de soins, incluant la possibilité d'assurer une surveillance infirmière lorsque cela est requis. Prévoir un espace permettant les évaluations médicales.	Prescription maintenue 6 mois
E.10	L'infirmier du site d'Huttenheim ne dispose pas de lit de repos permettant l'accueil temporaire d'un usager nécessitant un temps de repos ou de surveillance ; En outre, il n'existe pas d'espace dédié à la rééducation, ni de cabinet médical. Ces éléments contreviennent aux dispositions de l'article D.312-33 CASF.	Pre.10	Repenser l'organisation et l'affectation des locaux afin de permettre la mise à disposition d'espaces conformes aux exigences de l'article D.312-33 du CASF, incluant une infirmier fonctionnelle avec lit de repos, un espace adapté à la rééducation et un lieu dédié aux soins médicaux. L'aménagement futur devra garantir des conditions d'accueil et de prise en charge compatibles avec les besoins des usagers et les pratiques professionnelles.	Prescription maintenue 6 mois Délai modifié 36 mois <i>Les différentes préconisations ont été prises en compte par la structure. Un projet architectural, avec création d'un nouveau bâtiment, intégrera l'infirmier. Dans ce cadre, le délai est modifié.</i> <i>Dans l'attente de cette modification, l'établissement met en place une solution transitoire, avec un lit de repos prévu dans un groupe, avec surveillance des professionnels.</i>
E.11	Bien que les Projet Personnalisés d'Accompagnement fassent l'objet de réunions pluridisciplinaires pour leur élaboration et réévaluation, la composante thérapeutique et les objectifs en découlant sont peu détaillés et formalisés, ne répondant que partiellement aux dispositions de l'article D.312-19 du CASF.	Pre.11	Travailler au développement du volet thérapeutique des PPA et intégrer les IDE dans le processus d'élaboration et de révision des projets d'accompagnements.	Prescription levée <i>La trame des nouveaux PPA intègre la dimension thérapeutique.</i> <i>Si l'IDE est bien mentionnée dans le PPA transmis, il convient de l'intégrer dans l'ensemble du processus PPA, de manière formalisée.</i>

E.12	L'examen médical complet annuel de chaque enfant et la surveillance de la santé des jeunes en coordination avec leur médecin de famille ne sont pas réalisés par l'établissement du fait de l'absence de pédiatre ou de médecin généraliste pour les 2 sites, contrevenant aux Articles D.312-21 Al 2°, Art D.312-12 Al 3°), Art D312-13 et Art D312-22 Al 2° du CASF.	Pre.12	Poursuivre la recherche d'un médecin généraliste ou pédiatre.	Prescription maintenue 12 mois
E.13	Les spécialités stupéfiantes ne sont pas entreposées dans un contenant fixé à un support - R. 5132-80 du CSP -.	Pre.13	Fixer le coffre réservé aux médicaments stupéfiants à un support.	Prescription levée <i>Les coffres ont été fixés dans les armoires (photos transmises).</i>
E.14	Les conditions de conservation en températures des médicaments thermosensibles ne sont pas contrôlées - Article 1 de l'arrêté du 8 août 2023 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination Pharmacopée européenne (Ph. Eur.) 11 ^{ème} édition ¹ .	Pre.14	A minima enregistrer quotidiennement les températures des réfrigérateurs servant au stockage des médicaments thermosensibles afin de s'assurer que ces produits sont conservés entre +2°C/+8°C. L'utilisation d'une sonde indiquant les températures minimales/maximales est à privilégier.	Prescription levée <i>Une feuille de traçabilité des prises de température est mise en place. Celle-ci reprend les informations des températures minimale et maximale.</i> <i>Il conviendra de préciser dans la procédure concernant le circuit du médicament, la conduite à tenir lorsque les températures relevées sont en dehors de celles attendues.</i>

¹ https://www.edqm.eu/fr/Pharmacopee_Europeenne_10e_Edition#The%2010th%20Edition%20at%20a%20glance

Prescriptions faisant suite à remarque majeure

Remarque majeure		Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
R.M.1	Sur le site d'Huttenheim, la mutualisation des locaux entre le pôle médico-social et le pôle social ne s'accompagne pas d'une réflexion commune sur l'organisation des espaces et des temps d'occupation. Cette absence de coordination limite l'appropriation des lieux par les jeunes, notamment pour ceux présents à la fois en semaine et le weekend, et complexifie l'articulation du travail des équipes éducatives.	Pre.15	Engager une réflexion commune entre les deux pôles sur l'organisation et l'utilisation des espaces mutualisés, afin de favoriser l'appropriation des lieux par les jeunes et de renforcer la cohérence du travail éducatif. Évaluer l'opportunité de mettre en place une coordination inter-pôles visant à harmoniser l'usage des locaux partagés et à assurer la continuité de l'accompagnement éducatif des jeunes.	Prescription maintenue 2 mois
R.M.2	L'étendue du parc et les zones de faible visibilité qu'il comporte limitent les possibilités de surveillance, dans un contexte où plusieurs événements indésirables et événements indésirables graves y ont été rapportés.	Pre.16	Poursuivre et structurer la démarche de sécurisation de l'espace extérieur afin de garantir des conditions d'accompagnement adaptées et de réduire les risques identifiés dans le parc.	Prescription maintenue 6 mois
R.M.3	Sur le site d'Huttenheim, la présence d'une épaisse couche de glace dans le compartiment congélateur des réfrigérateurs peut provoquer la congélation des médicaments et compromet leur qualité.	Pre.17	Dégivrer le réfrigérateur et ensuite le nettoyer/désinfecter soigneusement. Lors de cette opération, entreposer les médicaments et autres produits de santé thermolabiles dans un autre réfrigérateur. Formaliser une instruction d'entretien du réfrigérateur afin d'éviter toute répétition de la situation retrouvée lors de l'inspection.	Prescription levée <i>Le dégivrage des réfrigérateurs a été réalisé. La fiche de traçabilité mise en place pour la prise de température quotidienne, mentionne également les instructions d'entretien du réfrigérateur.</i>

Recommandations				
Remarques		Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R. 1	Le règlement de fonctionnement transmis aux familles/représentants légaux est trop synthétique pour remplir son rôle informatif.	Rec. 1	Mettre en place un règlement de fonctionnement à destination des représentants légaux regroupant les informations nécessaires.	Recommandation maintenue 6 mois
R.2	Il n'existe pas de règlement pour l'internat à destination des jeunes hébergés sur le site d'Huttenheim.	Rec.2	Formaliser un règlement de fonctionnement Internat pour les unités du site d'Huttenheim.	Recommandation maintenue 3 mois <i>Il est transmis dans le cadre du contradictoire la photo « règles du groupe », qui sont de fait spécifique à un groupe de l'établissement, et ne correspondent pas à un règlement d'internat.</i>
R.3	Le livret d'accueil comporte des informations obsolètes et des incohérences avec les autres documents institutionnels. Son contenu, partiellement redondant avec le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, limite la lisibilité et la clarté des informations transmises aux usagers.	Rec.3	Actualiser et clarifier le livret d'accueil afin d'assurer une information complète, lisible et distincte des autres documents remis à l'utilisateur	Recommandation maintenue 6 mois
R.4	Les comptes rendus des CVS ne mentionnent pas systématiquement les personnes présentes à la réunion, et lorsqu'elles sont mentionnées, il n'est spécifié ni le nom de famille, ni les services d'affiliation – ou à minima les sites.	Rec.4	Compléter les comptes rendus des CVS en indiquant systématiquement les personnes présentes et excusés, ainsi que leur fonction, et le cas échéant les services d'affiliation, dès le prochain CVS.	Recommandation maintenue 4 mois
R.5	Bien qu'une procédure concernant le « Déploiement de la stratégie en matière de bientraitance » soit en place au sein de l'établissement, la mission n'a pu constater son déploiement effectif, notamment l'absence de nomination d'un Référent Bientraitance.	Rec.5	Apporter les éléments précisant le déploiement de la stratégie en matière de bientraitance.	Recommandation maintenue 1 mois Délai modifié : 3 mois

				<i>Un travail est en cours au niveau de la Fédération. Dans ce cadre, le délai est modifié et uniformisé avec celui de PRE.6.</i>
R.6	Il n'existe pas de Charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance spécifique à l'établissement.	Rec.6	Rédiger de manière collégiale une charte au niveau de l'établissement.	Recommandation maintenue 6 mois <i>Un travail est en cours au niveau de la Fédération.</i>
R.7	L'établissement ne dispose pas d'un support d'information exhaustif sur les droits, possibilités d'action et voies de recours en cas de maltraitance, adapté au public accueilli.	Rec.7	Rédiger un support d'information concernant les droits, les possibilités d'action et les voies de recours en cas de maltraitance, adapté au public accueilli à l'IMPro.	Recommandation maintenue 3 mois <i>Un travail est en cours au niveau de la Fédération. Celui-ci devra être décliné au niveau de l'établissement.</i>
R.8	Bien que le titre de la fiche de déclaration mentionne « acte de maltraitance », cette thématique n'est pas inscrite sur le document.	Rec.8	Faire évoluer la fiche de signalement pour faire apparaître des items identifiant la maltraitance.	Recommandation maintenue 4 mois Délai modifié : 3 mois <i>Un travail est en cours au niveau de la Fédération. Dans ce cadre, le délai est modifié et uniformisé avec celui de PRE.6.</i>
R.9	Les éléments transmis dans le cadre de l'inspection ne permettent pas de s'assurer que des RETEX sont mis en place à la suite d'événements indésirables significatifs.	Rec.9	Organiser des RETEX afin d'éviter que des événements indésirables ne se reproduisent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation maintenue 2 mois <i>L'établissement indique intégrer les dates de RETEX organisés dans le tableau de suivi des EI sans fournir ni de date, ni comptes-rendus.</i>
R.10	L'établissement ne dispose ni de temps, ni d'un partenariat avec un orthophoniste, alors que les jeunes accueillis nécessitent un accompagnement.	Rec.10	Poursuivre la recherche d'un orthophoniste afin de répondre au besoin des jeunes accueillis sur les 2 sites.	Recommandation maintenue 12 mois
R.11	Il est constaté qu'une des professionnelles est diplômée en psychomotricité, mais affectée sur un poste d'éducatrice d'internat alors même que l'établissement ne dispose pas de psychomotricien et a conventionné avec un professionnel en libéral. Cette particularité	Rec.11	Évaluer la possibilité de redéployer la professionnelle sur des missions de psychomotricité, en tout ou partie, notamment en réalisant une analyse des besoins en psychomotricité des usagers accueillis, au regard des projets personnalisés.	Recommandation maintenue 3 mois

	interroge la mission, au regard du profil des résidents accueillis, et de la nécessité de prise en charge en psychomotricité.			
R.12	L'établissement ne dispose ni d'assistant social, ni de convention avec un service social pouvant accompagner les usagers et leur famille, ou épauler les chargés d'insertion professionnelle dans les spécifiés de l'accompagnement social.	Rec.12	Identifier les besoins d'accompagnement social des usagers et des familles. Évaluer la pertinence du recrutement d'un assistant de service social ou, à défaut, formaliser une convention de partenariat avec un service social extérieur (de secteur, hospitalier ou associatif). Préciser dans le projet d'établissement les modalités d'accès des usagers à un accompagnement social adapté, en cohérence avec les besoins repérés et les ressources du territoire.	Recommandations maintenues 2 mois 3 mois 6 mois
R.13	L'absence d'adaptation locale des modèles de fiches de poste de la Fédération Charité Caritas Alsace, et la présence de documents obsolètes ne permettent pas de s'assurer de la cohérence entre les missions exercées, l'organisation réelle du service et les qualifications requises.	Rec.13	Adapter les fiches issues du modèle de la Fédération de Charité Caritas Alsace aux spécificités de la SEI du Ried (missions, rattachements hiérarchiques, particularités du public accueilli...) ; Mettre à jour et dater l'ensemble des fiches de poste, en intégrant les évolutions récentes d'organisation ; Instaurer un processus de révision périodique.	Recommandation maintenue Délais modifiés à la demande de l'établissement: 12 mois ~~3 mois~~
R.14	L'organisation actuelle du pilotage des soins manque de clarté du fait de la pluralité des encadrants intervenant auprès de l'équipe soignante.	Rec.14	Clarifier l'encadrement de l'équipe soignante pour chacune des 2 structures. Définir une chaîne hiérarchique et fonctionnelle clairement identifiée pour l'équipe soignante, afin d'assurer une cohérence dans la coordination des soins et dans la mise en œuvre des protocoles. Formaliser et communiquer les rôles et périmètres d'intervention de chaque encadrant auprès de l'équipe soignante. Intégrer la question du pilotage des soins dans la démarche qualité institutionnelle.	Recommandations maintenues 1 mois 3 mois 3 mois 6 mois

R.15	Les plannings des deux sites présentent des différences notables de forme et de contenu et demeurent incomplets, notamment en ce qui concerne les professionnels soignants et la veille de nuit. Cette hétérogénéité dessert la lisibilité de l'organisation du travail et de la continuité de l'accompagnement.	Rec.15	Harmoniser la conception et la présentation des plannings entre les sites, en intégrant l'ensemble des professionnels (y compris les IDE et les personnels de veille de nuit) ainsi que le suivi des absences, des remplacements et des plannings réalisés.	Recommandation maintenue 6 mois <i>Le déploiement du logiciel planning/gestion du temps, qui était déjà en place sur le site d'Huttenheim, se poursuit.</i> <i>L'ensemble des chefs de service ainsi que le directeur adjoint sont associés à cette thématique.</i>
R.16	Si des conventions avec des acteurs de droit commun existent, celles-ci n'ont pas été transmises à la mission.	Rec.16	Transmettre les conventions de partenariats avec les acteurs de droit commun si elles existent. Sinon préciser les différents partenariats effectivement existants, et évaluer la possibilité d'établir des conventions avec ces acteurs.	Recommandation levée
R.17	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés formalisée, bien que plusieurs documents internes contribuent à faciliter la prise de fonction. Par ailleurs, les plans remis lors de l'accueil sont incomplets et n'ont pas été actualisés.	Rec.17	Formaliser une procédure d'accueil du personnel, précisant les étapes, les acteurs impliqués et les supports remis à chaque nouvel arrivant ; Actualiser les plans transmis en y intégrant le nom des locaux et celui de l'établissement.	Recommandation maintenue 6 mois Délai modifié 3-mois 36 mois <i>Le délai est modifié pour intégrer le projet architectural en cours. Les plans seront réactualisés à ce moment-là.</i> <i>Dans l'intervalle, il serait pertinent de préciser sur les plans actuels, les noms des différents services, afin de permettre aux nouveaux salariés de se repérer.</i>

R.18	Sur Diebolsheim, la vétusté des bâtiments et l'absence d'aménagements adaptés limitent l'accessibilité personnes à mobilité réduite (PMR), et donc la capacité d'accueil de certains publics.	Rec.18	Définir une stratégie d'adaptation progressive des locaux, ou à défaut, documenter les limites d'accueil liées à l'accessibilité dans le projet d'établissement et dans les procédures d'admission.	Recommandation maintenue 9 mois
R.19	Sur Diebolsheim, l'organisation actuellement en place des arrivées du lundi matin génère un encombrement temporaire des circulations (bagages déposés dans les couloirs), avec un risque accru pour la sécurité des déplacements.	Rec.19	Revoir l'aménagement ou l'organisation des espaces dédiés à la dépose des bagages sur Diebolsheim lors des arrivées du lundi matin, afin d'éviter l'encombrement des circulations et préserver la sécurité des déplacements.	Recommandation maintenue 2 mois <i>La réflexion est menée par la structure sur les deux sites, afin de trouver un espace de stockage en dehors des espaces de circulation.</i>
R.20	Sur Diebolsheim, l'aménagement de certains espaces de vie ne garantit pas une maîtrise suffisante des risques domestiques : plaques de cuisson électriques dans les lieux communs, encombrement des espaces, et accès libre à des produits ménagers.	Rec.20	Sécuriser les espaces de vie en adaptant les plaques de cuisson au public accueilli (protection, modification...), réduisant l'encombrement des locaux, ainsi qu'en stockant les produits ménagers de manière sécurisée.	Recommandation maintenue 3 mois <i>Des actions sont mises en place par l'établissement : le changement de la quasi-totalité des plaques chauffantes a été réalisé, des rappels sont effectués concernant les produits ménagers, et des groupes de travail se constituent sur une réflexion de la gestion de ceux-ci.</i>
R.21	Plusieurs espaces sont situés au 1 ^{er} étage du bâtiment administratif, avec des problématiques d'accès pour les jeunes.	Rec.21	Définir une stratégie d'adaptation des locaux garantissant l'accessibilité effective des espaces de prise en charge pour tous les jeunes, en prévoyant le cas échéant des aménagements spécifiques au rez-de-chaussée.	Recommandation maintenue 6 mois
R.22	~~Sur le site d'Huttenheim, l'accès au bâtiment administratif, dans lequel se trouvent l'infirmerie, le bureau de la psychologue, la psychiatre et l'éducatrice relai, n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite. Il en est de même pour l'atelier Chrysalide.~~	Rec.22	~~Définir une stratégie d'adaptation des locaux garantissant l'accessibilité effective des espaces pour tous les jeunes. ; en lien avec Pre.10 (<i>Repenser l'organisation et l'affectation des locaux afin de permettre la mise à disposition d'espaces conformes aux exigences de l'article D.312-33 du CASF,</i>~~	6-mois Un addendum au rapport est réalisé (cf. annexe 2) La remarque est annulée

			<i>incluant une infirmerie fonctionnelle avec lit de repos, un espace adapté à la rééducation et un lieu dédié aux soins médicaux. L'aménagement futur devra garantir des conditions d'accueil et de prise en charge compatibles avec les besoins des usagers et les pratiques professionnelles.)</i>	
R.23	Il n'existe pas de procédure détaillant l'admission du jeune, une fois la phase de préadmission réalisée, et ses premiers temps à l'IMPro, ou lors de son transfert entre les 2 sites.	Rec.23	Rédiger une procédure permettant de formaliser les premiers temps du jeune accueilli dans la structure, ou lors du changement d'établissement.	Recommandation maintenue 2 mois Délai modifié : 6 mois <i>Une nouvelle procédure est en cours de test entre les 2 établissements. Le délai est modifié en conséquence.</i>
R.24	Il n'existe pas de procédure explicitant les modalités d'accompagnement pour la sortie du jeune, ni du suivi de celui-ci dans les 3 ans suivant la sortie.	Rec.24	Préciser les modalités de sortie et de suivi des jeunes après la sortie, à travers une procédure institutionnelle, permettant de préciser les différents intervenants encadrant les jeunes et leurs actions.	Recommandation maintenue 6 mois
R.25	La trame type du projet personnalisé d'accompagnement (PPA) transmise n'est pas en lien avec la procédure remise à jour.	Rec.25	Harmoniser la trame des PPA en lien avec la nouvelle procédure formalisée.	Recommandation maintenue 1 mois <i>Il est transmis un PPA parcellaire dans le cadre de la procédure contradictoire, qui ne permet pas d'apprécier l'adaptation de l'ensemble de la trame.</i>
R.26	La participation du jeune et de sa famille n'est pas expressément prévue dans la nouvelle procédure PPA transmise dans le cadre de l'inspection.	Rec.26	Préciser et faire figurer les participations du jeune et de ses proches aux différentes étapes de la procédure PPA.	Recommandation maintenue 1 mois <i>Il est transmis un PPA parcellaire dans le cadre de la procédure contradictoire, qui ne permet pas d'apprécier l'adaptation de l'ensemble de la trame.</i> <i>Toutefois, il est noté l'intégration de la dimension familiale notamment dans la conclusion du PPA.</i>

R.27	Les trames de projets transmis n'intègrent pas de recueil des habitudes de vie de la personne, notamment pour les jeunes accueillis en internat.	Rec.27	Revoir la trame pour faire apparaître le recueil des habitudes de vie de la personne, afin de pouvoir en tenir compte dans le projet personnalisé d'accompagnement.	Recommandation maintenue 1 mois <i>Il est transmis un PPA parcellaire dans le cadre de la procédure contradictoire, qui ne permet pas d'apprécier l'adaptation de l'ensemble de la trame.</i>
R.28	Les données concernant le parcours d'expérience professionnelle IMPro sont peu tracées dans [REDACTED].	Rec.28	Poursuivre la formation des professionnels à l'utilisation du logiciel [REDACTED]. Mettre en place des outils permettant de structurer les données du parcours professionnel afin de les intégrer plus facilement dans [REDACTED].	Recommandation maintenue 3 mois 3 mois (indicatif) <i>Le délai de cette deuxième partie est dépendant de l'évolution du logiciel, qui n'intègre pas actuellement l'item Parcours professionnel pour les IME.</i>
R.29	Les travaux initiés sur la thématique de la gestion des comportements problèmes ne sont pas soutenus par la mise en place d'un protocole institutionnel.	Rec.29	Mettre en place une procédure institutionnelle concernant la gestion des comportements problèmes, et développant les différents outils à disposition des professionnels.	Recommandation maintenue 3 mois Délai modifié 6 mois <i>L'établissement fait la demande d'un délai allongé pour cette thématique à 9 mois.</i> <i>Toutefois, les travaux étant déjà initiés au sein des 2 établissements, et au vu de la thématique abordée, le délai est modifié passant de 3 à 6 mois, afin d'avoir des outils en place pour la prochaine rentrée scolaire.</i>
R.30	Il n'est pas transmis de procédure permettant d'encadrer la contention si celle-ci doit être mise en place.	Rec.30	Rédiger une procédure concernant l'encadrement des contentions, prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (HAS) concernant ce type de mesure.	Recommandation maintenue 9 mois

R.31	La procédure relative au circuit du médicament ne reflète pas les pratiques actuelles de l'établissement, en particulier la préparation des piluliers par une pharmacie dispensatrice.	Rec.31	Réviser la procédure relative au circuit du médicament à l'aulne des pratiques actuelles et tenant compte des observations soulevées au cours de la présente inspection. Transmettre en retour la procédure mise à jour.	Recommandation maintenue 2 mois 2 mois <i>La procédure n'est pas transmise.</i>
R.32	Les locaux de l'infirmier à HUTTENHEIM ne sont pas adaptés à leur double fonction - <i>accueil des usagers et stockage des médicaments</i> - du fait de leur exigüité et de leur encombrement. En outre, l'utilisation d'une bougie d'agrément dans l'infirmier présente un risque sécuritaire majeur (incendie).	Rec.32	Interdire l'utilisation d'une bougie d'agrément dans les locaux. Procéder au désencombrement et au rangement de cette infirmier : élimination des objets sans usage, réduction des stocks pléthoriques de médicaments. A terme, trouver un nouveau local plus spacieux et adapté.	Recommandation levée <i>L'infirmier a été rangée. Un projet architectural est en cours sur le site d'Huttenheim, notamment concernant les locaux pouvant accueillir l'espace infirmier.</i>
R.33	Deux boîtes jaunes de déchets d'activité à soins infectieux (DASRI) pleines sont stockées de longue date à l'infirmier de DIEBOLSHEIM.	Rec.33	Éliminer les deux boîtes de DASRI stockés de longue date à DIEBOLSHEIM via la filière habituelle d'évacuation des DASRI.	Recommandation levée
R.34	Sur le site de HUTTENHEIM, le rangement des stocks tampons n'observe pas un classement alphabétique, alors même que les stocks détenus sont importants, ce qui est source d'erreurs.	Rec.34	Dans le cadre du rangement de l'infirmier d'HUTTENHEIM, organiser le rangement des stocks tampons selon l'ordre alphabétique des spécialités pharmaceutiques.	Recommandation levée
R.35	Des médicaments et autres produits de santé périmés sont présents dans les armoires à pharmacie des unités de vie.	Rec.35	Réaliser un inventaire approfondi des périmés dans les armoires à pharmacie des unités de vie et sensibiliser les équipes à des contrôles régulier. Intégrer ce point de vigilance à la procédure relative au circuit du médicament.	Recommandation maintenue 1 mois 2 mois <i>Si l'inventaire et le tri ont été réalisés, le suivi des péremptions ne doit pas reposer sur les seuls éducateurs. Il est du rôle du personnel infirmier de s'assurer du suivi des péremptions.</i>

				<i>En outre, la procédure relative au circuit du médicament actualisée n'est pas transmise.</i>
R.36	Les dates d'ouverture et de limite d'utilisation des médicaments sous conditionnement multidoses ne sont pas renseignées.	Rec.36	Mentionner systématiquement sur les conditionnements de médicaments multidoses les dates d'ouverture et limite d'utilisation.	Recommandation maintenue 1 mois <i>Il est indiqué que le rappel a été fait au cours des réunions d'équipe.</i> <i>Aucun élément n'est transmis ; la procédure circuit du médicament n'est pas transmise.</i>
R.37	Le double contrôle infirmier des piluliers préparés par l'officine dispensatrice n'est pas tracé.	Rec.37	Procéder au double contrôle infirmier des piluliers préparés par l'officine dispensatrice en enregistrant ce contrôle (professionnel ayant réalisé le contrôle, date, éventuelles observations). Réviser en conséquence la procédure circuit du médicament.	Recommandation maintenue 2 mois <i>La fiche de traçabilité papier est transmise uniquement pour le site d'Huttenheim.</i> <i>Ce contrôle est préférentiellement à enregistrer via le logiciel informatisé, pour assurer la traçabilité.</i> <i>La procédure révisée du circuit du médicament n'est pas transmise.</i>
R.38	La distribution des médicaments en salle de déjeuner sur le site de HUTTENHEIM s'effectue sans appui des prescriptions ou des plans de traitement, ce qui ne permet pas un ultime contrôle avant leur délivrance aux usagers.	Rec.38	Réaliser la distribution des médicaments en salle de déjeuner sur la base du plan de traitement ou à défaut avec les ordonnances des usagers présents. Revoir la procédure circuit du médicament en conséquence.	Recommandation maintenue 1 mois 2 mois <i>Aucun élément de preuve n'est transmis.</i>
R.39	La prise (ou le refus de prise) des médicaments n'est pas tracée dans le logiciel de soins.	Rec.39	Tracer la distribution des médicaments en temps réel sur le logiciel de soins, idéalement à l'aide de tablettes d'un dispositif numérique (tablette/smartphone).	Recommandation maintenue 3 mois <i>Aucun élément de preuve n'est transmis.</i>
R.40	Bien qu'un logiciel informatique ■■■■■ soit en place, l'appropriation par les équipes reste complexe.	Rec.40	Poursuivre l'accompagnement des équipes dans l'utilisation de l'outil informatique et du logiciel ■■■■■	Recommandation maintenue 3 mois <i>Aucun élément de preuve n'est transmis.</i>

R.41	Les professionnels rencontrés indiquent que les temps d'échanges consacrés aux situations individuelles des jeunes accueillis et aux problématiques quotidiennes sont insuffisants durant les réunions de service. L'absence des infirmiers lors de ces temps ne favorise pas l'intégration du projet de soins dans la réflexion d'équipe.	Rec.41	Revoir l'organisation des réunions de service afin d'équilibrer les différents temps (gestion des aspects organisationnels, temps d'échanges pluridisciplinaires), en veillant à y associer les IDE pour favoriser l'intégration du projet de soins/thérapeutique dans la réflexion d'équipe.	Recommandation maintenue 1 mois <i>Aucun élément de preuve n'est transmis.</i>
R.42	L'établissement n'a transmis aucune convention avec un centre hospitalier, ou un centre hospitalier spécialisé.	Rec.42	Transmettre les conventions si elles existent. A défaut, mettre en place des conventions avec les centres hospitaliers de secteur afin de faciliter l'accueil des usagers dans ces structures en cas de nécessité.	Recommandation maintenue 1 mois 6 mois <i>Aucun élément de preuve n'est transmis.</i>
R.43	Le plan de formation ne prévoit pas d'actions relatives aux troubles du spectre de l'autisme, alors même que la proportion de jeunes présentant des troubles associés est en augmentation. En outre, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur cette thématique ne sont pas connues de l'ensemble des équipes.	Rec.43	Intégrer au plan de formation des modules dédiés à l'autisme et aux troubles neurodéveloppementaux (TND), en lien avec les besoins des publics accueillis. Mettre en place des actions visant à favoriser la connaissance et l'application des recommandations de bonnes pratiques professionnelles au sein de l'ensemble des équipes.	Recommandation maintenue 3 mois 6 mois <i>Aucun élément de preuve n'est transmis.</i>

Annexe 2

**ADDENDUM au
RAPPORT D'INSPECTION
IMPro du RIED -Site de DIEBOLSHEIM et HUTTENHEIM
Les 22 et 23 septembre 2025**

Page 43 :

Les locaux sont-ils conformes pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en matière de : - Accessibilité, - Circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs...?	D.312-32 CASF	Une partie des locaux sont adaptés aux personnes à mobilité réduite, notamment les internats disposant d'ascenseur, et certains services sont de plain-pied (appart/SAJA) Toutefois, l'accès au bâtiment administratif, dans lequel se trouvent l'infirmerie, le bureau de la psychologue, la psychiatre et l'éducatrice relai, n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite, par un ascenseur situé sur le côté du bâtiment. De même L'accès à certains atelier (Chrysalide) se fait par quelques marches extérieures. Remarque 22 : Sur le site d'Huttenheim, l'accès au bâtiment administratif, dans lequel se trouvent l'infirmerie, le bureau de la psychologue, la psychiatre et l'éducatrice relai, n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite. Il en est de même pour l'atelier Chrysalide.
--	--------------------------	--