

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Affaire suivie par :
[REDACTED]

Courriels :
[REDACTED]
[REDACTED]

Monsieur Pierre BOUAT
Directeur du Centre Harthouse - **IMPro**
2 Allée des peintres
67500 HAGUENAU

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté dans votre établissement, le 20/05/2025, 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 28/07/2025 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.

Vous avez sollicité un délai supplémentaire en date du 28/08/2025 qui vous a été accordé, j'ai réceptionné votre réponse le 22 septembre 2025, 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. Prescriptions

Les **prescriptions** des écarts **9 et 18** sont **levées**.

Les **prescriptions** des écarts et remarques majeures **1 à 8, 10 à 17, 19 et 20** sont **maintenues**.

II. Recommandations

Les **recommandations** des remarques **4, 8, 16, 31, 34, 40 à 42, 44 et 47** sont **levées**.

Les **recommandations** des remarques **1 à 3, 5 à 7, 9 à 15, 17 à 30, 32, 33, 35 à 39, 43, 45, 46, 48 à 50** 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 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, Monsieur le Directeur, 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 22/10/2025



Destinataire : [REDACTED]

Copies ARS Grand Est :

- Direction autonomie
- DT67

Annexe 1

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

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
E.1	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. Il ne mentionne pas la date de validation des instances, revoir la place du projet pédagogique dans la prise en charge, le projet de soins, il ne comporte pas de projet sur les spécificités de la prise en charge des troubles du spectre autistique.	17	Pre.1	Réviser le projet d'établissement au regard des éléments indiqués dans le rapport, en précisant sur le document définitif la date de sa présentation aux instances.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 9 mois
E.2	Le règlement de fonctionnement de l'établissement ne comporte aucune mention quant à la date de réalisation, ni de modification. Or ce document doit être modifié selon une périodicité prévue et qui ne peut être supérieure à 5 ans, conformément à l'article R.311-33 du CASF.	17	Pre.2	Modifier le règlement de fonctionnement et appliquer dispositions prévues à l'article R.311-33 du CASF.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 9 mois
E.3	Le contrat de séjour ne mentionne pas l'accord de principe ou de refus de la personne signataire pour le contrôle effectué dans son espace privatif, contrairement aux dispositions de l'article L.311-4 du CASF.	19	Pre.3	Mettre à jour les nouveaux contrats de séjour de cette disposition.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 3 mois
E.4	Une enquête de satisfaction auprès des familles sur la qualité de prise en charge des personnes accueillies n'est pas réalisée annuellement, conformément aux dispositions de l'article D.311-15-4° (III) du CASF.	23	Pre.4	Réaliser une enquête de satisfaction annuelle, présenter les résultats au CVS et procéder à leur affichage à destination des familles.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 6 mois

E.5	La procédure interne de déclarations d'évènements indésirables ne comporte pas d'information quant à la transmission des EIG à l'autorité administrative compétente, telle que mentionnée aux articles L.331-8-1 et R.331-8 et 9 du CASF.	26	Pre.5	Compléter la procédure actuelle en précisant le mode de déclaration en externe des EIG/EIGS/Dysfonctionnement grave.	<i>La Direction a présenté la procédure EIG, commune à l'ensemble des services du Centre, complétée de la mention d'obligation de déclaration des EIG auprès de l'ARS (autorité administrative de l'IMPro).</i> <i>Toutefois, concernant les <u>EIG du FAM</u>, la procédure doit mentionner la transmission d'une information de la CeA également (compétence partagée) => la procédure est à mettre à jour.</i> Prescription maintenue 3 mois
E.6	La présence d'un temps médical de 0,1 ETP par semaine pour le Centre est insuffisant au regard de la population accueillie.	32	Pre.6	Poursuivre les recherches afin d'augmenter le temps médical au sein de l'IMPro.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 6 mois
E.7	En l'absence de présentation des diplômes pour certains salariés (psychologue/AMP), et en faisant exercer des missions pour lesquels des agents ne sont pas diplômés, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.312-1, II et D.312-26 du CASF.	32	Pre.7	Transmettre le diplôme manquant, ou les preuves d'inscription dans un cursus diplômant. A défaut, inscrire la salariée dans une formation diplômante.	<i>La Direction a transmis le diplôme de la psychologue et l'intégration de Mme [REDACTED]. dans un cursus de formation DE AES.</i> <i>Reste la situation de Mme [REDACTED]. en CDD au jour de l'inspection.</i> Prescription maintenue 1 mois 6 mois

E.8	La surveillance de nuit est assurée par une seule personne physique dans chaque bâtiment. En outre, chaque bâtiment possède sa propre clé, ne permettant pas un accès facilité des autres veilleurs en cas de difficultés. Cette organisation ne permet pas d'assurer le respect de la sécurité des personnes accompagnées, contrevenant aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	38	Pre.8	Assurer l'accès de l'ensemble des agents de nuit à l'ensemble des bâtiments. Réviser l'organisation de la veille de nuit, afin que les personnes accueillies des services ne soient jamais laissées seules en cas de difficultés durant la nuit.	<i>La solution avancée par la Direction est l'appel si besoin, d'un surveillant d'un autre bâtiment. Dans ce cas, ce second service est laissé sans surveillance, ce qui n'est pas satisfaisant en termes de sécurité.</i> Prescription maintenue 3 mois
E.9	En laissant sans surveillance des produits nettoyants dans les locaux accueillant les jeunes accompagnés, l'établissement ne garantit pas la sécurité des usagers, contrevenant aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	40	Pre.9	Stocker les chariots ménagers dans des espaces non accessibles aux usagers lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Veiller à la sécurisation des produits ménagers dans l'ensemble des services.	<i>La Direction n'a transmis aucune photo à la mission mais certifie, lors de la procédure contradictoire, que les mesures de sécurisation dans leur ensemble ont été prises.</i> Prescription levée
E.10	L'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'alerte dans les espaces sanitaires, ne permettant d'assurer la sécurité et le respect de l'intimité de la personne accueillie, contrevenant aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	41	Pre.10	Etudier la possibilité de mettre en place un système d'alerte adapté au profil de la population accueillie. Dans l'intervalle, préciser la procédure d'alerte de la part d'un usager.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 3 mois

E.11	En présence de robinet ancien sans mitigeur, le risque de brûlure n'est pas maîtrisé, contrevenant aux dispositions de l'article D.312-31 du CASF.	45	Pre.11	Mettre en place tous les moyens nécessaires pour assurer la maîtrise du risque de brûlure par eau chaude sanitaire, notamment sur les robinets anciens (Cf. photo faite au SIPS).  Transmettre à la DT67 la facture de l'équipement.	<i>En réponse, la Direction a indiqué avoir fait un devis pour la future installation d'un mitigeur thermostatique à la sortie du chauffe-eau afin de réguler la température des points d'eau du site.</i> <i>Cet équipement thermostatique nécessitera a minima un entretien annuel.</i> <i>Sans préjudice des dispositions prévues par l'arrêté du 30 novembre 2005 (prévoyant le maintien permanent des installations de production et de stockage d'eau chaude sanitaire à une température supérieure à 55°C pour lutter contre le développement des légionnelles), il est recommandé, pour prévenir le risque de brûlure et quelle que soit l'ancienneté des installations, que la température de l'ECS n'excède pas 50°C au niveau de l'ensemble des points d'usage destinés à la toilette.</i> Prescription maintenue 3 mois
E.12	Il n'existe pas de locaux dédiés à la rééducation, contrevenant aux dispositions de l'article D.312-33 du CASF.	46	Pre.12	Evaluer les espaces disponibles pouvant être mis à disposition des rééducateurs.	<i>En réponse, la Direction a indiqué que les kinésithérapeutes peuvent utiliser parfois la bibliothèque du site.</i> Prescription maintenue 6 mois
E.13	Le bilan médical réalisé en cours d'année au centre n'est pas un examen qualifié de «complet », au sens de l'article D.312-13 du CASF.	53	Pre.13	Organiser un bilan médical qui doit comprendre, outre les prises de constantes, un examen clinique complet du jeune.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 6 mois

E.14	La prise en charge de l'urgence vitale n'est pas formalisée dans le cadre d'un protocole, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article R.4312-43 du CSP.	55	Pre.14	Rédiger un protocole relatif à la prise en charge de l'urgence vitale et s'assurer de son appropriation par le personnel médical ou non.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 6 mois
E.15	La délivrance des médicaments 'si besoin' s'organise sans surveillance infirmière en semaine et en leur absence le week-end. La décision de donner un médicament à une personne fragile ne relève pas de l'aide à la prise. Elle ne peut ainsi être confiée au seul personnel d'accompagnement éducatif selon les dispositions de l'article R. 4311-2 4° du CSP.	57	Pre.15	Décliner une organisation (protocoles) et des modes de communication internes permettant au personnel infirmier de superviser la délivrance des médicaments 'si besoin'. Organiser la délivrance des médicaments les week-ends.	<i>La Direction a précisé qu'une réflexion sur les changements d'horaire IDE est en cours.</i> Prescription maintenue 6 mois
E.16	Le contrat liant le Centre Harthouse et la Pharmacie [REDACTED] n'est plus à jour. Il ne nomme pas de pharmacien référent, contrairement aux dispositions de l'article L. 5126-10 II du CSP.	57	Pre.16	Mettre à jour la convention avec l'officine de ville partenaire, en nommant un pharmacien référent pour l'établissement dans celle-ci.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Prescription maintenue 3 mois
E.17	Le stockage et le suivi des médicaments thermosensibles ne garantit pas qu'ils soient conservés dans des conditions adéquates : écoulement d'eau au niveau du freezer, relevés des températures uniquement les lundis et vendredis, utilisation d'un thermomètre rudimentaire plongé dans un verre d'eau, non-indication des températures minimales/ maximales et de la conduite à tenir en cas d'excursion de températures au-delà de la plage +2°C/+8°C. (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 et aux dispositions de la Pharmacopée européenne (Ph. Eur.) 11ème édition).	58	Pre.17	Contrôler le fonctionnement du réfrigérateur récemment acquis et si besoin activer sa clause de garantie. Installer une sonde de température mini/maxi disposant d'un report de température à l'extérieur. Relever les températures mini/maxi une fois par jour. Formaliser la conduite à tenir à la suite d'une excursion de température ou en cas de panne de l'enceinte.	<i>La mission a bien noté la volonté de la Direction de s'équiper d'un nouveau réfrigérateur pour les produits pharmaceutiques.</i> <i>Toutefois, la mise en place d'un relevé quotidien de température (fiche apposée sur la porte) et la rédaction d'une procédure « Conduite à tenir en cas d'excursion de température » à l'attention du personnel concerné restent à mettre en œuvre.</i> Prescription maintenue 1 mois

E.18	Il n'existe pas de convention avec un oto-rhino-laryngologiste, contrairement aux dispositions de l'article D.312-23 du CASF.	60	Pre.18	Formaliser une convention avec un oto-rhino-laryngologiste.	<i>La Direction a indiqué qu'au besoin, les consultations spécialistes sont réalisées en externe par les parents.</i> Prescription levée
-------------	---	-----------	---------------	---	---

Prescriptions					
Remarque majeure		Page du rapport	Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
R.M. 1	L'organisation retenue du temps IDE ne permet pas de couvrir les temps de présence des jeunes accueillis, les IDE étant en poste du lundi au vendredi et les usagers étant présents du lundi au dimanche. En outre, l'astreinte téléphonique IDE mise en place n'est identifiée sur aucun des documents transmis.	32	Pre.19	.Réviser l'organisation IDE en prenant en compte les temps de présence des usagers.	<i>La Direction a précisé son projet prochain de supprimer l'astreinte IDE mise en place début 2025 (rapport coût/bénéfice).</i> <i>En parallèle, le planning IDE va évoluer pour maintenir la présence infirmière sur le site le vendredi jusqu'en soirée et le samedi matin pour assurer le contrôle des semainiers des personnes accueillies dans les services d'accueil temporaires enfants et adultes. Cette nouvelle organisation reste à mettre en œuvre et à évaluer.</i> Prescription maintenue 6 mois
R.M. 2	Le fonctionnement en place des IDE au sein de l'IMPro, notamment leur absence de participation aux réunions de service et projets personnalisés des jeunes accompagnés, et le faible temps de présence physique au sein des services engendrent un travail collaboratif insuffisant entre l'équipe éducative et l'IDE, ainsi qu'une perte de sens du rôle infirmier au sein du service.	36	Pre.20	Réviser l'organisation des IDE, pour réaffirmer le versant thérapeutique et le rôle du 'M' de IMPro, notamment à travers leur implication dans les différents services, leur participation aux temps de réunions autour des jeunes, la mise en place de fiches de poste claires et de procédures permettant de mieux valoriser les professionnels.	<i>La Direction a indiqué que le travail de collaboration IDE à l'IMPro se fait lors de réunions où l'IDE est présente (réunion de pôle, d'admission, de synthèse en cas de situations délicates).</i> <i>Le versant thérapeutique reste à conforter.</i> Prescription maintenue 6 mois

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R.1	L'établissement possède une autorisation pour 89 places d'internat et accueil de jour en semaine, au jour de l'inspection, 83 jeunes sont pris en charge.	14	Rec.1	Expliciter à la DT67 les raisons de ce différentiel entre les places autorisées et le nombre de jeunes accueillis.	<i>L'explication donnée par la Direction n'est pas satisfaisante (des admissions sont programmées ?).</i> <i>Le différentiel cumulé de 6 personnes masque le constat suivant :</i> - 41 semi-internes IMPro sur 46, - 13 semi-internes Gauguin (TSA) sur 8, - 6 jeunes Internat Gauguin (TSA) sur 11, - 12 jeunes Internat Balthus (sur site) et 11 jeunes Internat Mondrian (centre-ville d'Haguenau) sur 24. Recommandation maintenue 1 mois
R.2	Le règlement de fonctionnement est difficile à la lecture, voire non accessible aux personnes accompagnées non-lectrices (beaucoup de texte, phrases complexes...).	17	Rec.2	Prévoir une version 'facile à lire et à comprendre' (FALC) du règlement de fonctionnement pour l'usager.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 9 mois
R.3	Il n'existe pas de règlement Internat pour présenter les différentes règles de vie (droits et obligations du jeune accueilli).	18	Rec.3	Réfléchir à la création d'un règlement à destination des jeunes bénéficiant de l'internat et le décliner en version FALC.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 9 mois

R.4	Bien que les numéros d'écoute et d'accompagnement obligatoires sont rappelés dans le livret d'accueil, l'établissement ne les affichant pas dans les différents bâtiments visités, ils ne sont pas suffisamment portés à la connaissance de la personne accueillie.	20	Rec.4	Réaliser des affichages dans les différents points stratégiques du centre (cafétéria, gymnase, espace restauration, internat...).	<i>La Direction a déclaré avoir fait plusieurs affichages au sein du site (sans transmettre de photos).</i> Recommandation levée
R.5	Le temps de travail spécifique dédié à la Direction de l'IMPro n'a pas été porté à la connaissance de la mission.	21	Rec.5	Estimer l'ETP dédié à la fonction de Direction de l'IMPro et le transmettre à la mission.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.6	La mission s'interroge sur le numéro de téléphone identique dédié à la fois à l'astreinte administrative et celle de direction.	22	Rec.6	Préciser à la DT67 les raisons du choix d'un même numéro de téléphone d'astreinte sur les deux lignes.	<i>La Direction a indiqué travailler avec 2 n° d'astreinte distincts sans les préciser.</i> <i>La mission n'a en sa possession que le n° interne [REDACTED] ou un portable dédié [REDACTED] sur les fiches d'astreinte administrative et de Direction, elle maintient donc cette remarque.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.7	La commission des menus n'est pas en place au jour de l'inspection.	24	Rec.7	Transmettre à la DT67 le CR de la dernière commission tenue.	<i>La Direction a indiqué avoir mis en place la Commission des menus mais n'a pas transmis de compte-rendu.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.8	L'établissement n'a pas nommé de référent Bientraitance.	24	Rec.8	Nommer un référent Bientraitance pour porter la thématique au sein de l'IMPro.	<i>La Direction a cité le nom des référents nommés pour cette thématique (Mmes Combe et Neto).</i>

					Recommandation levée
R.9	Il n'existe pas de procédure présentant la démarche initiée à l'IMPro relative au respect de la vie affective, intime et sexuelle de la personne accueillie.	25	Rec.9	Formaliser une procédure qui présente la démarche VAIS en place à l'IMPro.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 9 mois

R.10	La démarche Retour d'expérience en place ne permet pas l'analyse des causes profondes et la réflexion de mesures correctives alimentant le PACQ.	28	Rec.10	Revoir la méthodologie du retour d'expérience et pouvant se baser sur la méthode d'analyse de type Alarm ou Orion.	<i>La Direction a transmis une fiche type pour synthétiser un retour d'expérience. C'est un premier outil. Une procédure présentant l'organisation de ce temps permettra aux personnels de comprendre le bénéfice de cette démarche.</i> Recommandation maintenue 9 mois
R.11	Le plan bleu n'est pas à jour suite au changement de direction, ni complet de certaines mentions (existence de plusieurs sites, recensement du matériel santé et hôtelier disponible, formations SSE, référent SSE formé par le CESU). Si la salle de crise est identifiée, le centre Harthouse n'est pas doté d'un local où peut être stocké le matériel dédié au plan.	28	Rec.11	Transmettre à la DT67 le Plan Bleu mis à jour en 2025.	<i>La Direction a indiqué avoir mis à jour le Plan bleu mais n'a pas transmis le document à la mission.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.12	La mise à disposition du pédopsychiatre de l'EPSAN au centre n'est plus effective.	31	Rec.12	Réévaluer et mettre à jour la convention conclue avec l'EPSAN organisant l'intervention d'un pédopsychiatre au centre.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 3 mois
R.13	L'établissement ne dispose pas de temps de rééducateurs (kinésithérapeute, psychomotricien).	32	Rec.13	Evaluer la possibilité de disposer de temps de rééducation, au bénéfice des jeunes accueillis.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 1 an
R.14	Le temps d'assistant social n'est pas suffisant pour gérer et suivre l'ensemble des demandes du centre et notamment celles de l'IMPro et du dispositif de répit.	33	Rec.14	Renforcer et identifier un temps de mission Assistant social pour le service IMPro afin de garantir des conditions de travail satisfaisantes pour la gestion des	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 9 mois

				demandes, notamment les demandes spécifiques du dispositif de répit (SAT).	
--	--	--	--	--	--

R.15	Dans le rapport social, les données quantitatives relatives à l'absentéisme et au taux de rotation sont précisées. Toutefois, il n'est pas réalisé l'analyse des causes et les actions mises en place ; si elles existent, ne sont pas indiquées.	33	Rec.15	Enrichir le rapport social de l'analyse des causes d'absentéisme et de départ des salariés, ainsi que des actions mises en place en regard des constats effectués.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue Au prochain rapport social
R.16	Il n'existe pas de fiche de poste concernant les IDE et psychologue. En outre, la fiche de poste d'éducateur spécialisé n'est pas déclinée pour la partie spécifique TSA.	34	Rec.16	Créer les fiches de poste manquantes.	<i>La Direction a transmis les fiches de poste IDE (ISGS), psychologue et d'éducateur spécialisé affecté au service Paul Gauguin (TSA).</i> Recommandation levée
R.17	Les fiches de poste transmises pour les postes éducateur spécialisé, moniteur éducateur, AMP, aide-soignant et agents des services hospitaliers qualifié sont toutes quasiment identiques, laissant penser une forme d'interchangeabilité entre les professionnels, entraînant un risque de glissement de tâche.	34	Rec.17	Mettre à jour les fiches de poste en tenant compte des spécificités des métiers et des missions attendues face aux publics accueillis.	<i>La Direction a précisé que 'les fiches de poste ne sont pas identiques : elles contiennent une partie commune et une partie de mission spécifique aux différentes fonctions'.</i> <i>Cependant, il apparaît nécessaire de reprendre ces fiches pour préciser les spécificités, et notamment en encadrer la pratique autour des médicaments.</i> Recommandation maintenue 6 mois
R.18	Le chef de service PIMS/PIPS ne dispose pas de formation d'encadrement spécifique.	35	Rec.18	Les besoins de formation ayant été identifiés (VAE CAFERUIS), inscrire le chef de service dans une formation en lien avec les besoins recensés.	<i>La Direction a précisé que le besoin en formation identifié serait la VAE CAFERUIS. Cette formation reste à inscrire au plan de formation.</i> Recommandation maintenue 6 mois

R.19	Les plannings « Internat Balthus et Mondrian » et « Atelier Gauguin », concernent chacun 2 lieux différents, et n'indiquent pas où sont physiquement les professionnels inscrits au planning, ne permettant pas de connaître le taux d'encadrement des jeunes sur un service donné. En outre, sur l'ensemble des plannings, la qualification des agents n'est pas précisée.	37	Rec.19	Revoir la légende des plannings ou la différenciation des plannings, afin d'avoir la précision de l'activité par service. Préciser la qualification des agents sur les plannings.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.20	Les plannings réalisés indiquent les absences de salariés, mais ne précisent pas les remplacements, si ceux-ci existent, sur les périodes transmises.	37	Rec.20	Préciser si les remplacements ont été effectifs sur les périodes transmises ; et par quel moyen ceux-ci sont planifiés et suivis. Sinon, inscrire systématiquement les modalités de remplacement (interne ou externe) sur les plannings des différents services.	<i>La Direction a indiqué que le suivi et la transmission des plannings est faite en version papier et qu'ils sont ensuite saisis dans le logiciel Planning. Malgré tout, les plannings étudiés dans le cadre de la mission ne mentionnent pas les remplacements (si ceux-ci ont été réalisés).</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.21	Sur les plans de formations 2024 et 2025, aucune formation sur les thématiques bientraitance/maltraitance n'est proposée.	38	Rec.21	Proposer une formation sur la dimension bientraitance/lutte contre la maltraitance pour le plan de formation 2026.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 6 mois
R.22	Les locaux d'accueil de jour et d'internat sont vieillissants et ne permettent pas le respect de l'intimité avec l'existence de chambre double et de douches communes (néanmoins sectorisées garçons-filles).	40	Rec.22	Réfléchir à une restructuration des locaux permettant une adaptation du cadre aux missions des ESMS et aux changements de profil des usagers ; améliorant ainsi la qualité de la prise en charge, les conditions d'accueil et de travail.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 1 an

R.23	Lors de l'entretien des locaux de l'internat Gauguin, les jeunes accompagnés par un professionnel sont enfermés ou changés de lieu, ce qui interroge la mission.	41	Rec.23	Envisager un autre mode de fonctionnement/une autre organisation du temps de ménage, afin de permettre le nettoyage, sans imposer aux usagers d'être déplacés ou enfermés durant cette période.	<i>La Direction s'est étonnée de cette pratique d'enfermement des jeunes parfois lors de l'entretien des locaux. Elle a pour projet de faire intervenir dans ce lieu le prestataire déjà présent sur le centre (GSF) à la place de l'équipe ESAT.</i> Recommandation maintenue 3 mois
R.24	La mission fait le constat de la fermeture à clef des espaces Gauguin et Tournesols, ce qui n'est pas une pratique sécurisée optimale en cas d'urgence.	41	Rec.24	Evaluer une autre possibilité de sécurisation de ces espaces (pouvant être asservie sur le système d'alarme incendie).	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 3 mois
R.25	Le service Gauguin est impersonnel, ce qui ne permet pas aux jeunes accueillis de s'approprier les espaces. En outre, il présente un défaut de lumière naturelle et les voix résonnent dans les couloirs (ces éléments peuvent être générateurs de troubles du comportement).	44	Rec.25	Travailler sur l'appropriation et la personnalisation des espaces communs et des chambres. Evaluer la possibilité d'y amener plus de lumière naturelle.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 6 mois 9 mois
R.26	Les chambres des internats Balthus et Gauguin sont dénuées de toute décoration, rendant l'espace impersonnel, et ne permettant pas aux usagers de s'approprier leur lieu de vie.	45	Rec.26	Proposer à chaque jeune de personnaliser son espace.	<i>La Direction a indiqué que les chambres sont déjà personnalisées. La mission ne partage pas ce constat et maintient sa recommandation.</i> Recommandation maintenue A la rentrée 2025-2026

R.27	Aucune procédure n'encadre l'utilisation des espaces de retrait et d'apaisement, les espaces dédiés ne sont pas identifiés.	46	Rec.27	Rédiger et mettre en place une procédure pour les espaces de retrait et d'apaisement. Identifier les locaux dédiés à cette fonction.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 6 mois 1 mois
R.28	Certains PAI ou rapport d'évolution consultés n'ont pas fait l'objet d'une signature de l'intégralité des acteurs nommés.	50	Rec.28	Veiller à la signature systématique des futurs documents de prise en charge.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue A l'établissement des nouveaux PAI
R.29	Au vu du calendrier prévisionnel de réévaluation transmis, il n'est pas retrouvé d'informations concernant les PAI des jeunes atteints de troubles du spectre autistique.	50	Rec.29	Transmettre à la DT67 le planning de réévaluation des PAI du service Gauguin.	<i>La Direction a précisé que les dates sont présentes dans le planning des synthèses du service Gauguin, sans en transmettre une copie.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.30	L'ensemble du personnel a accès au versant médical des dossiers des jeunes accueillis.	52	Rec.30	Définir les droits d'accès en lecture et en écriture par statut professionnel. Etablir une procédure sur les modalités d'utilisation du logiciel [REDACTED]	<i>La Direction a déclaré que les recommandations sont à ce jour réalisées sans transmettre de procédure sur les modalités d'utilisation du Logiciel [REDACTED]</i> Recommandation maintenue 3 mois
R.31	Les transmissions ne sont pas réalisées de façon systématique sur [REDACTED]	52	Rec.31	Tracer systématiquement les observations et les interventions de l'équipe soignante et éducative dans le logiciel [REDACTED]	<i>La Direction a déclaré que les recommandations sont à ce jour réalisées.</i> Recommandation levée

R.32	Certains protocoles médicaux et de soins en place au sein de l'IMPro sont anciens (datant de 2019), l'organisation des soins date de 2010.	54	Rec.32	Mettre à jour les protocoles et s'assurer de la bonne appropriation de ces protocoles par l'ensemble des équipes (réunions de service, formations spécifiques). Mettre à jour la note concernant l'organisation des soins à l'IMPro et rédiger une procédure permettant d'encadrer le dispositif d'astreinte IDE.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément sur ce point mais une réorganisation des IDE est en réflexion pour couvrir les vendredis soir et samedis matin.</i> Recommandations maintenues 6 mois
R.33	Il n'existe pas de protocole de gestion des crises d'angoisse et gestion d'épisodes douloureux.	54	Rec.33	Rédiger un protocole de gestion des crises d'angoisse (et des actions pour les prévenir) ainsi que sur la prise en charge des épisodes douloureux.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 6 mois
R.34	Les informations ayant attrait aux comportements problèmes (facteurs déclenchants, actions de prévention, conduite à tenir)... ne sont pas tracées dans le logiciel.	34	Rec.34	Tracer l'ensemble des facteurs déclenchants pouvant conduire à un comportement problème et les actions mises en place pour les prévenir.	<i>La Direction a certifié que ces éléments sont dorénavant saisis dans Imago.</i> Recommandation levée
R.35	Le recensement des éléments déclencheurs de comportement problème n'est pas réalisé ; aucun outil institutionnel n'est travaillé pour faciliter ce recensement.	35	Rec.35	Recenser de manière individuelle, les éléments déclencheurs de comportement problème, afin d'adapter l'accompagnement des jeunes. Définir des outils institutionnels/opérationnels pour permettre ce recensement.	<i>La Direction a certifié que ces éléments sont dorénavant saisis dans [REDACTED] sur le dossier du jeune. Néanmoins, un travail institutionnel reste à faire pour construire des outils permettant de déceler les éléments déclencheurs.</i> Recommandation maintenue 6 mois
R.36	Il n'existe pas de protocole de mise sous contention.	55	Rec.36	Réfléchir en interdisciplinarité et rédiger un protocole médical de mise sous contention pour encadrer cette pratique au regard des RBPP.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 9 mois

R.37	Le sac d'urgence n'est pas scellé et son suivi des péremptions n'est pas organisé.	56	Rec.37	Mettre en place des scellés sur le sac et organiser le suivi des péremptions. Rédiger un protocole sur l'usage du sac d'urgence (localisation, composition, responsable de son suivi) et sensibiliser le personnel à son utilisation.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 1 mois 6 mois
R.38	Il n'existe pas de matériel de secours d'urgence au niveau des services.	56	Rec.38	Mettre en place des trousses de secours contenant le matériel d'urgences nécessaire (hors produits pharmaceutiques)	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.39	L'utilisation de supports papiers différents en des lieux séparés physiquement - architecture pavillonnaire de l'établissement - entraîne un cloisonnement de l'information et implique une difficulté de disposer d'une vision complète des délivrances et des éventuelles difficultés rencontrées (refus de prise par exemple). En outre, le logiciel [REDACTED] n'est pas utilisé pour tracer la délivrance des médicaments alors même que des tablettes informatiques sont à disposition.	56	Rec.39	Tracer impérativement et en temps réel la prise (ou le refus de prise) des médicaments sur le logiciel [REDACTED]	<i>La Direction a précisé en réponse que « cela reste problématique pour la validation et que cela oblige à garder les 2 versions : papier et informatique ».</i> <i>Certains outils mobiles (type tablette) permettent de tracer la délivrance en temps réel.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.40	Il n'est pas établi, au jour de l'inspection, de procédure de circuit du médicament à l'IMPro.	57	Rec.40	Rédiger la procédure du circuit du médicament à l'IMPro afin de sécuriser la délivrance des traitements, et précisant la préparation des semainiers, les modalités de dispensation des traitements habituels et des 'si besoin', le suivi des problématiques médicamenteuses, ainsi que préciser le circuit d'évacuation des médicaments non utilisés ou en fin de traitement. Cette procédure devra également intégrer les spécificités de l'hébergement temporaire.	<i>La Direction a fourni, début juillet 2025, une procédure « Circuit du médicament » concernant les services de l'IMPro (dont le service Gauguin).</i> Recommandation levée <i>La procédure devra être actualisée dès lors que la délivrance des médicaments aux usagers sera tracée dans le logiciel [REDACTED] - cf. Rec 39</i>

R.41	Les dates d'ouverture des médicaments sous forme de pommade/crème/solution buvable ne sont pas reportées sur le conditionnement primaire.	57	Rec.41	Inscrire systématiquement les dates d'ouverture et les dates d'utilisation maximale sur les conditionnements non unitaires.	<i>La Direction a certifié avoir mis en place cette bonne pratique au sein de ses différents services.</i> Recommandation levée
R.42	La préparation des semainiers n'est pas tracée, et le double contrôle n'est pas effectué.	58	Rec.42	Enregistrer les différentes étapes de préparation et de contrôle des semainiers : opérateur, date, visa/signature, observation éventuelle. Procéder à un double contrôle par suite de la préparation des semainiers.	<i>La Direction a certifié que « le double contrôle n'est pas possible à l'infirmerie mais que cela est fait dans les services ».</i> <i>La mission lève la recommandation dans la mesure où le contrôle réalisé dans le service est dûment enregistré.</i> Recommandation levée
R.43	La préparation des deux piluliers pour un même jeune (accueilli en internat Gauguin et en journée à l'accueil de jour 'les Tournesols') se fait dans deux temporalités différentes ; le fractionnement de cette opération n'est pas optimal.	59	Rec.43	Rédiger et transmettre à la DT67 la note explicitant la nouvelle organisation de la préparation des semainiers afin d'éviter les fractionnements de préparation.	<i>La Direction a certifié qu'une nouvelle organisation est en place sans expliquer laquelle (la procédure 'Circuit du médicament à l'IMPro' rédigée fin juin 2025 n'est pas détaillée sur ce point).</i> <i>Une note explicative doit a minima être fournie.</i> Recommandation maintenue 3 mois
R.44	La boîte métallique servant à récupérer les déchets de médicaments non utilisés n'est pas identifiée en tant que telle.	59	Rec.44	Préciser l'usage de cette boîte dont le contenu est destiné à être versé avec les médicaments non utilisés.	<i>La Direction a certifié que l'usage de la boîte est désormais précisé (photo non transmise).</i> Recommandation levée
R.45	La liste des médicaments écrasables fourni par la 'Pharmacie [REDACTED]' n'est pas datée, ce qui ne permet pas de s'assurer qu'elle a été récemment mise à jour.	59	Rec.45	Se rapprocher de la 'Pharmacie [REDACTED]' afin de disposer d'une liste des médicaments écrasables mise à jour.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 1 mois

R.46	Il n'existe pas d'instruction relative au nettoyage du matériel utilisé pour l'écrasement des comprimés.	59	Rec.46	Transmettre le protocole d'instruction de nettoyage du matériel utilisé pour l'écrasement des comprimés à la DT67.	<i>La Direction indique avoir travaillé ce protocole mais ne l'a pas transmis. A transmettre.</i> Recommandation maintenue 1 mois
R.47	Les temps de transmission au sein des différentes équipes (éducative, IDE, pluridisciplinaire) ne sont pas formalisés.	60	Rec.47	Formaliser des temps de transmission inter-équipes et leur traçabilité dans IMAGO.	<i>La Direction certifie que les transmissions sont désormais saisies dans le Logiciel Imago.</i> Recommandation levée
R.48	La coordination médicale n'est pas en place au sein de l'IMPro.	60	Rec.48	Dans le cadre du nouveau projet de soins, mener une réflexion sur le temps de présence médicale et la coordination médicale.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 9 mois
R.49	La prise en charge des urgences des usagers de l'IMPRO ne fait pas l'objet d'une convention entre le Centre de Harthouse et le CH d'Haguenau.	60	Rec.49	Formaliser une convention de prise en charge des urgences avec le CHH.	<i>La Direction n'a transmis aucun élément.</i> Recommandation maintenue 9 mois
R.50	Les RBPP dans la prise en charge des TSA et TND, en particulier les comportements problèmes, ne sont pas diffusées à l'ensemble des équipes terrain. Elles ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels du centre.	62	Rec.50	S'assurer de la diffusion des RBPP dans la prise en charge des TSA et TND et le travail en lien avec celles-ci. S'assurer de leur compréhension et appropriation par les acteurs de terrain.	<i>La Direction a précisé que le travail est en cours.</i> Recommandation maintenue 6 mois

