RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Grand Est

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Affaire suivie par :
[redacted]

Courriels :
[redacted]

Monsieur le Directeur
Directeur de l'Institut de
Formation Professionnelle
UGECAM
1 route d'Attigny
88260 DARNEY

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

J'ai diligenté dans votre établissement, le 21/01/2025, 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 06/05/2025 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.
J'ai réceptionné la réponse de Madame HERIAT, Directrice de l'Offre médico-sociale de l'UGECAM Nord Est en date des 25 et 27 juin 2025, ainsi que les documents associés.

Vous avez établi un plan d'actions afin de répondre aux différentes écarts et remarques constatés par la mission. Nous constatons votre prompt engagement dans l'objectif d'améliorer la prise en soins et la sécurité des usagers et vous encourage à poursuivre cette démarche.

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

I. Prescription

Les prescriptions des écarts **n°8, 10, 11 et 12** sont levées.
Les prescriptions des écarts **n°1 à 7, 9 et 13 à 16** sont maintenues.
La remarque majeure n°**1** est maintenue.

II. Recommandations

Les recommandations des remarques **1, 4 à 6, 8 à 10 et 20** sont levées.
Les recommandations des remarques **2, 3, 7 et 11 à 19** 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 <u>Délégation Territoriale des Vosges.</u>

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 - Le Directeur Général Adjoint
Pilotage et Territoire,
Mili SPAHIC
Nancy le 10/07/2025

Destinataire : [redacted]

Copies ARS Grand Est :
- Direction autonomie
- DT88

Annexe 1

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

Écart et sa référence		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 depuis 2024, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF. De plus, le projet d'établissement n'est pas affiché contrairement aux dispositions de l'article D.311-38-4 du CASF.	**Pre 1**	Avec l'appui du cabinet prestataire missionné en 2025 et dans une approche prospective du futur CPOM, réviser le projet d'établissement en lien avec les différentes catégories de personnel, en faisant notamment apparaitre, conformément aux articles L. 311-8, D. 312-38, D. 311-38-3 et D. 311-38-4 du CASF : - Les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques, les modalités de leur réalisation, les modalités de l'évaluation de leurs résultats ; - Le projet pédagogique de l'unité d'enseignement - Un emploi du temps des usagers équilibré et adaptable - La politique de prévention de lutte contre la maltraitance - La politique qualité - Le plan bleu conforme au cahier des charges de l'arrêté du 7 juillet 2005 - La date de présentation au conseil de la vie sociale. La mise à jour du projet d'établissement permettra de réinterroger capacité actuelle et à venir de l'établissement. Afficher le prochain projet d'établissement dans l'IFPRO.	**9 mois**

E 2	Le règlement de fonctionnement n'indique pas l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation. Il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles. De plus, il ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues contrairement aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.	**Pre 2**	Réviser le règlement de fonctionnement en prenant en considération les exigences réglementaires.	**6 mois**
E 3	Le règlement de fonctionnement ne précise pas les temps de sorties autorisées (article R 311-37 du CASF).	**Pre 3**	Préciser les temps de sorties autorisées dans le règlement de fonctionnement.	**6 mois**
E4	Le livret d'accueil ne précise pas les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance contrairement aux dispositions des articles L. 311-4 et L. 311-3 du CASF.	**Pre 4**	Mettre à jour le livret d'accueil conformément aux attendus règlementaires.	**3 mois**
E5	Le rapport d'activité et financier ne mentionne pas l'activité et le fonctionnement de l'IFPRO au regard notamment des objectifs de l'établissement (R.314-232). De plus, il ne mentionne pas la démarche d'amélioration continue de la qualité, contrairement aux dispositions de l'article D.312-203 du CASF.	**Pre 5**	Dans une démarche rétrospective et de performance du pilotage opérationnel de l'IFRO de Darney, rédiger un rapport financier, d'activité et de démarche d'amélioration continue de la qualité pour l'année 2024 distinct du siège conformément aux attendus règlementaires.	**6 mois**
E6	Il est constaté l'absence de représentants des familles lors des réunions du Conseil de Vie Sociale contrairement aux dispositions de l'article D.311-5 du CASF.	**Pre 6**	Préciser les actions mises en œuvre pour garantir la présence de représentants des familles lors des réunions du CVS.	**1 mois**
E7	Les comptes-rendus de CVS ne sont pas signés par leur Président comme prévu dans les dispositions de l'article D311-20 du CASF.	**Pre 7**	Faire signer les comptes-rendus de CVS par le Président du CVS.	**Prochain CVS**

E8	Il n'est fait mention d'aucune enquête de satisfaction dans les comptes-rendus de CVS pour l'année 2024, contrairement aux dispositions de l'article D. 311-21 CASF.	**Pre 8**	Développer des moyens d'expression variés tels que l'enquête de satisfaction qui abordent une pluralité de thèmes afin de recueillir l'expression des usagers et des familles, ces dernières étant régulièrement absentes.	**Prescription levée** Présentations des résultats des questionnaires de satisfaction remplis par les jeunes lors du CVS du 19/03/2025.
E9	Bien que le plan bleu soit identifié dans le PAQ, l'établissement ne dispose pas d'un plan bleu. Son évaluation et sa révision ne sont donc pas effectifs ce qui est contraire aux dispositions de l'article R. 311-38-1 (V) CASF.	**Pre 9**	Rédiger un plan bleu, organiser son évaluation et sa révision annuelle et consulter le CVS.	**3 mois**
E10	Des aides-soignants non diplômés remplacent des éducateurs absents alors qu'ils ne disposent pas des qualifications requises, contrevenant aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	**Pre 10**	Les remplacements des éducateurs absents doivent être réalisés par du personnel disposant des diplômes requis pour cette fonction.	**Prescription levée** Tous les éducateurs salariés sont dorénavant diplômés. 2 nouveaux embauchés éducateurs diplômés et un moniteur éducateur en accompagnement VAE dans le cadre d'une qualification éducateur.
E11	L'inconstance des effectifs présents ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés aux usagers en application de l'article L. 311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.	**Pre 11**	Veiller à disposer des personnels attendus pour assurer la prise en charge des usagers.	**Prescription levée.** 35 usagers sont accompagnés encadrés par 8 éducateurs spécialisés. Le planning organisationnel a été transmis.
E12	Au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, l'armoire de répartition de la téléphonie et du WIFI est ouverte avec un branchement électrique au sol à proximité de l'entrée sans dispositif d'alerte ou d'éloignement où les usagers se présentent le matin lors de leur arrivée ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF. Il existe un risque quant à la sécurité des usagers.	**Pre 12**	Sécuriser l'armoire de répartition de la téléphonie et du WIFI.	**Prescription levée**. Armoire mise en sécurité.

E13	Il ressort des entretiens et des documents transmis que le directeur n'informe pas systématiquement la MDPH de la notification d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie contrairement aux dispositions de l'article D.312-35 CASF.	**Pre 13**	Informer la MDPH de la notification d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie.	**3 mois**
E14	Il n'existe pas de procédure relative à la sortie d'un usager ce qui ne permet d'assurer à la mission que le risque « de sortie sèche » soit maîtrisée conformément à l'article D. 312-12 du CASF.	**Pre 14**	Organiser et rédiger une procédure sur la sortie des usagers dans une démarche de structuration du parcours de l'usager au sein de l'IFPRO.	**3 mois**
E15	L'ensemble des usagers ne dispose pas de projet d'accompagnement individualisé coordonné, complet et actualisé ce qui ne permet de garantir la qualité et la sécurité de 6 mois l'accompagnement ainsi que de la prise en charge en vertu des dispositions prévues aux articles L. 311-3 et D. 312-19 du CASF et de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.	**Pre 15**	Mettre en œuvre la procédure PPA nouvellement rédigée. Définir un état des lieux des PPA et un calendrier d'actualisation de telle sorte à ce que chaque usager bénéficie d'un PPA dans une approche de parcours coordonné et structuré en lien avec l'usager, ses représentants légaux, les professionnels et les partenaires. En cas de refus de participation à son PAI, formaliser ce dernier auprès de l'usager (cf. n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale).	**3 mois**
E16	Au jour de l'inspection, l'ensemble des usagers ne disposent ni de projet éducatif formalisé et actualisé, ni de référent éducateur ni d'emploi du temps ce qui ne permet pas d'assurer le recueil des habitudes de vie et leur respect afin de favoriser l'adaptation de sa prise en charge ce qui est contraire aux dispositions prévues dans les articles L. 311-3 et D. 312-19 du CASF.	**Pre 16**	Réaliser un projet éducatif, désigner un référent et déterminer un emploi du temps pour chacun des usagers.	**3 mois**

Remarque majeure		Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre
RM1	D'après les entretiens réalisés par la mission, certains éducateurs n'interviennent pas lors des incidents subis par les usagers.	**Pre 19**	Procéder à une analyse pluridisciplinaire des incidents et proposer des actions correctives. Les travaux de la commission de lutte contre la maltraitance et la promotion pour la bientraitance, disponible sur le site de ministère de la santé, pourront constituer un support dans l'identification de ces faits, le cas échéant.	3 mois

Remarques		Libellé de la recommandation		Délai de mise en œuvre
R 1	Les informations affichées sont obsolètes.	**Rec 1**	Actualiser, organiser et prioriser les affichages en intégrant les affichages réglementaires.	**Recommandation levée.** Affichage revu le 14/04/2025
R 2	Le livret d'accueil ne mentionne pas de date d'application, ni de numéro de version.	**Rec 2**	Mentionner une date de rédaction/d'application, de numéro de version dans une approche de gestion qualitative de la documentation.	**3 mois**
R 3	La fiche de poste du directeur de l'IFRO et du SESSAD a une ancienneté de 20 ans.	**Rec 3**	Mettre à jour la fiche de poste au regard des enjeux actuels de l'établissement.	**3 mois**
R 4	Au jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas de procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative et de la continuité de service.	**Rec 4**	Transmettre le planning d'astreinte pour l'année 2025.	**Recommandation levée.** Procédure et planning d'astreinte transmis.
R 5	La traçabilité des comptes-rendus des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires est irrégulière.	**Rec 5**	Organiser la rédaction du compte-rendu de la réunion hebdomadaire pluridisciplinaire systématiquement.	**Recommandation levée** Compte-rendu de réunion du 23/05/2025 transmis.
R 6	Les comptes-rendus du CODIR ne sont pas datés ni renseignés des membres présents et des arbitrages.	**Rec 6**	Améliorer le format des comptes-rendus du CODIR.	**Recommandation levée.** Format des comptes-rendus revu à compter de la semaine 20 en 2025.

R 7	Les modalités de diffusion du compte-rendu du CVS ne sont pas précisées et l'affichage réalisé dans le bâtiment administratif n'est pas à jour.	**Rec 7**	Préciser les modalités de diffusion dans le compte-rendu et actualiser l'affichage après chaque CVS.	**Prochain CVS**
R 8	Des signalements d'évènement indésirable par les professionnels ne respectent pas le cadre défini dans la procédure institutionnelle et revêtent un usage pour des conflits interprofessionnels.	**Rec 8**	En lien avec le référent régional qualité, organiser un groupe d'amélioration des pratiques sur la déclaration d'une FSEI et son opportunité.	**Recommandation levée.** Sensibilisation aux signalements des évènements indésirables effectué le 28/03/2025.
R 9	Il est constaté un manque d'information auprès du personnel sur les modalités de déclaration des EIG ainsi que sur la démarche d'analyse des causes et la mise en place d'actions correctives.	**Rec 9**	Communiquer auprès du personnel sur les modalités de déclaration et de traitement des EIG.	**Recommandation levée.** Sensibilisation aux signalements des évènements indésirables effectué lors de la réunion du 28/03/2025.
R 10	Bien que le recueil et l'analyse des réclamations soit identifié dans le PAQ, les usagers et les familles ne disposent pas matériellement de lieu de recueil pour le dépôt de leur réclamation.	**Rec 10**	Mettre en place la modalité de recueil des réclamations.	**Recommandation levée.** Une fiche réclamation, plainte et éloge est insérée dans chaque carnet de correspondance. Des fiches sont disponibles à l'accueil ainsi qu'une boîte de recueil et un registre de suivi.
R 11	Il est constaté que l'établissement ne priorise pas le traitement des actions du plan d'amélioration de la qualité présentant un risque élevé.	**Rec 11**	Prioriser le traitement des risques élevés.	**3 mois**
R 12	Des actions définies dans le PAQ relatives à la promotion de la bientraitance et de lutte contre les maltraitances restent à mettre en œuvre.	**Rec 12**	Poursuivre le dynamique entreprise pour atteindre les objectifs fixés dans le PAQ.	**3 mois**
R 13	L'établissement ne sollicite pas tous les trois ans l'attestation d'honorabilité pour chacun des personnels de la structure.	**Rec 13**	Veiller à disposer des attestations d'honorabilité tous les trois ans.	**Immédiat**
R 14	Les professionnels de l'établissement ne suivent pas de formations initiales et continues sur la prévention des maltraitances en milieu médico-social.	**Rec 14**	Organiser des formations sur la prévention des maltraitances.	**6 mois**

R 15	Le revêtement mural du gymnase se décroche partiellement ce qui impacte la qualité de l'isolation, notamment.	**Rec 15**	Procéder aux travaux de réfection des parois murales interne du gymnase.	**2 ans**
R 16	Dans les douches collectives, les produits d'hygiène sont déposés pêle-mêle au sol sans aménagement dédié, ce qui peut engendrer des chutes.	**Rec 16**	Prévoir un bac pour regrouper les produits d'hygiène dans les douches collectives au sein de l'internat.	**6 mois**
R17	La nouvelle procédure « mode opératoire – organisation d'une préadmission et admission d'un usager » ne prévoit pas le renseignement du SI Via trajectoire, ni de réponse à la MDPH ni de stage d'observation et d'évaluation pluridisciplinaire à l'issue.	**Rec 17**	Mettre à jour la procédure.	**3 mois**
R18	Le suivi des sorties sur 3 ans minimum n'est pas réalisé contrairement au plan d'amélioration de la qualité.	**Rec 18**	Mettre en place un suivi à 3 ans minimum à l'appui d'un tableau de bord des actions de suivi et donnant un état de situation du jeune.	**1 an**
R19	Les projets personnalisés ne sont pas suffisamment clairs et formalisés malgré le nombre d'informations à disposition dans les dossiers des personnes accueillies.	**Rec 19**	Formaliser un document permettant de retracer clairement les différentes informations relatives aux personnes accueillies et permettant de suivre le suivi éducatif, pédagogique et thérapeutique tout au long du séjour au sein de l'établissement.	**3 mois**
R20	Les relevés de température et leur traçabilité ne sont pas réalisés dans les réfrigérateurs.	**Rec 20**	Réaliser un relevé de température et une traçabilité des réfrigérateurs contenant des médicaments.	Recommandation levée. Une fiche de relevés des températures a été mise en place.