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]

Madame Dominique BALZANI
Directrice
Institut Médico-Educatif Francis Grosjean
Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
8 rue Léo Valentin
88000 EPINAL

Madame la Directrice,

J'ai diligenté dans votre établissement, le **03/06/2025**, 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 **31/07/2025** 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.
J'ai réceptionné votre réponse en date du **17/09/2025 complétée le 30/09/2025**.

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

I. Prescription

Les prescriptions des écarts **n°3, 5, 6, 14, 16, 20 à 26** sont levées.
Les prescriptions des écarts **n°1, 2, 7 à 13, 15, 17 à 19 et 27** sont maintenues jusqu'à la réalisation des actions prévues. La prescription de l'écart **n°7** est partiellement maintenue pour ce qui concerne les modalités d'exploitation de l'enquête auprès des familles.
Les prescriptions des remarques majeurs **n°1 à 3** sont maintenues.

II. Recommandations

Les recommandations des remarques **2, 10, 11, 17, 20, 22, 24** sont levées.
Les recommandations des remarques **1, 3 à9, 12 à 16, 21, 23, 25 et 26** sont maintenues jusqu'à la réalisation des actions prévues.

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 des Vosges (ars-grandest-dt88-delegue@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 20/11/2025

Destinataire : [redacted]

Copies ARS Grand Est :
- Direction autonomie
- DT88

Annexe 1

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

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E.1	Les deux structures, IME (40 places "retard mental profond") et EEAP (10 places "polyhandicap"), accueillent actuellement un nombre significatif d'usagers présentant un TSA, alors que ce type de profil n'est pas spécifiquement prévu dans les arrêtés d'autorisation en vigueur (D.312-11 CASF).	**13**	**Pre.1**	Engager un échange avec la DTARS 88 afin de revoir et adapter les autorisations en vigueur pour qu'elles reflètent la réalité des accompagnements actuellement assurés et futurs.	**6 mois**
E.2	Le projet d'établissement/service 2024-2028 n'est pas finalisé (L.311-8 CASF).	**14**	**Pre.2**	Finaliser le projet d'établissement/service et le soumettre aux instances compétentes pour validation. Engager une communication et des informations claires à destination des personnels, professionnels, usagers et familles afin de garantir la mise en œuvre effective des engagements du projet d'établissement/service.	**3 mois**
E.3	La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'a pas pu être consultée par la mission d'inspection (L.311-4 CASF).	**15**	**Pre.3**	Transmettre la charte des droits et libertés de la personne accueillie.	**Levée**
E.4	Il n'a pas été communiqué à la mission de règlement de fonctionnement ce qui n'a pas permis de vérifier qu'il date de moins de 5 ans, qu'il a été soumis au CVS et qu'il contient les dispositions obligatoires prévues dans le CASF (L.311-7, R.311-33 à 37 CASF).	**15**	**Pre.4**	Transmettre le règlement de fonctionnement de l'établissement daté de moins de 5 ans, soumis au CVS et contenant les dispositions prévues dans le CASF.	~~1 mois~~ **1 an** Un document de cadrage a été transmis afin de faire évoluer les règlements existants

E.5	L'établissement n'affiche pas les coordonnées téléphoniques du service d'accueil 119 pour l'enfance en danger (L.226-8 CASF).	**17**	**Pre.5**	Afficher le numéro d'accueil téléphonique 119.	**Levée**
E.6	Certains affichages obligatoires sont manquants : Le projet d'établissement (D.311-38-4 CASF), la dernière enquête de satisfaction (D.311-15 CASF), le règlement de fonctionnement (R.311-34 CASF), l'arrêté d'autorisation, la fiche synthétique des résultats de la dernière évaluation HAS, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie (L. 311-4 CASF).	**17**	**Pre.6**	Rendre visibles les documents d'affichage obligatoire.	**Levée**
E.7	La synthèse de l'enquête de satisfaction 2024 n'a pas été transmise et les modalités de son exploitation n'ont pas été précisées (D.311-15 III CASF).	**20**	**Pre.7**	Transmettre la synthèse de l'enquête de satisfaction 2024 ainsi que les modalités de son exploitation (présentation au CVS, actions proposées).	**Levée** Maintenu pour ce qui concerne les modalités d'exploitation des données (3 mois)
E.8	L'établissement ne dispose pas de plan de gestion de crise effectif, validé par les instances compétentes (L.311-8, R.311-38-1 CASF, arrêté du 12/02/2024).	**24**	**Pre.8**	Finaliser et transmettre le plan de gestion de crise aux autorités compétentes concernées.	**3 mois**
E.9	L'établissement ne dispose plus de médecin psychiatre intervenant de façon régulière dans l'établissement (EEAP). De même, aucun pédiatre n'est identifié (EEAP et IME) (D.312-26 et D.312-88 CASF)	**26**	**Pre.9**	Justifier la mise en place d'un médecin psychiatre intervenant régulièrement à l'EEAP et l'intervention effective d'un médecin pédiatre pour les enfants suivis à l'IME/EEAP.	**3 mois**
E.10	En faisant exercer des missions pour lesquelles des agents (AES) ne sont pas diplômés, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.312-1 II et D.312-26 du CASF.	**27**	**Pre.10**	Transmettre les preuves d'une inscription dans un parcours diplômant en adéquation avec les missions exercées, sinon, procéder à cette inscription pour les AES faisant fonction.	**3 mois**
E.11	A l'IME, un suivi des usagers n'est pas réalisé durant au moins les 3 ans suivant leur sortie de la structure (D.312-18 CASF).	**38**	**Pre.11**	Mettre en place des modalités de suivi des usagers durant au moins 3 ans suivant leur sortie.	**1 mois**

E.12	Le dossier de l'enfant, sur [redacted] n'est pas complété et tenu à jour, avec tous les documents requis qui sont, pour certains encore dans la version papier (D.312-37 CASF).	**39**	**Pre.12**	Compléter le dossi [redacted] pour centraliser toutes les informations sur un même outil (projet personnalisé, dossier de liaison d'urgence, CR de la synthèse annuelle, décision de sortie).	**3 mois**
E.13	Les projets de soins consultés su[redacted] ne présentent pas d'objectifs de soins et les typologies/fréquences d'interventions prévues (D. 312-19 et D.312-84 CASF).	**40**	**Pre.13**	Elaborer des projets de soins pour chaque enfant et les réévaluer périodiquement.	**3 mois**
E.14	Un bilan annuel est adressé aux familles, mais de façon irrégulière et non semestrielle, les échanges demeurent par ailleurs limités (D.312-14 et 85 CASF).	**40**	**Pre.14**	Faire parvenir des informations régulières aux familles en détaillant l'évolution du jeune, au moins semestriellement et prévoir des temps d'échange réguliers entre le coordonnateur et les familles.	**Levée**
E.15	Le bilan complet de l'état de santé de chaque usager n'est pas formalisé dans l'organisation générale des soins (D. 312-12 CASF).	**44**	**Pre.15**	Formaliser les bilans de santé des jeunes de l'IME.	**3 mois**
E.16	Il n'y pas d'organisation formalisée concernant la réalisation d'examens semestriels pour les jeunes de l'EEAP (D.312-88 CASF).	**44**	**Pre.16**	Formaliser les bilans de santé des jeunes de l'EEAP.	**Levée**
E.17	L'établissement n'a pas mis en place de protocole encadrant les pratiques de contention et de mise au calme, ne permettant pas de garantir l'accompagnement de l'usager, notamment le respect de sa sécurité et de sa liberté d'aller et venir (L.311-3 CASF).	**44**	**Pre.17**	Encadrer les pratiques de mise sous contention et de mise au calme des usagers, notamment par la rédaction et la mise en place des protocoles en lien avec les pratiques.	**1 mois**
E.18	L'établissement ne dispose pas de matériel d'oxygénothérapie, utilisable en cas d'urgence (D.312-94 CASF).	**45**	**Pre.18**	Se doter d'un matériel d'oxygénothérapie et former le personnel à son utilisation.	**3 mois**
E.19	Le jour de l'inspection l'armoire à pharmacie était ouverte et en accès libre (R.4312-39 CSP).	**46**	**Pre.19**	Sécuriser l'accès aux médicaments présents dans l'établissement.	**Immédiat**

E.20	Un tube de glycérol/vaseline/paraffine Biogaran®, qui est un médicament, est présent en accès libre au-dessus d'une armoire des toilettes de l'IME (SEES). Par ailleurs, à l'EEAP des médicaments sont stockés dans une boite nominative en dehors du coffre destiné à cet effet (R.4312-39 CSP).	**46**	**Pre.20**	Sécuriser l'accès aux médicaments présents dans l'établissement.	**Levée**
E.21	Des médicaments issus de traitements interrompus et des périmés ont été retrouvés dans l'armoire déportée de l'EEAP. Ceci contrevient à la sécurité des usagers (L.311-3 CASF, R.4312-38 CSP).	**47**	**Pre.21**	Retirer des stocks les médicaments issus des traitements interrompus et les périmés.	**Levée**
E.22	A l'IME, l'utilisation de petits pots de confiture pour la préparation des doses liquides à administrer n'offre pas une sécurité suffisante dans l'administration des médicaments et constitue des habitudes à risque. Par ailleurs le mélange de deux spécialités dans le même pot préparé en avance présente des risques d'instabilité de conservation, voire des interactions potentielles non évaluées (R.4312-37 et R.4312-38 CSP).	**47**	**Pre.22**	Se doter de godets identifiés et gradués et éviter le mélange de spécialités entre elles dans un même contenant.	**Levée**
E.23	A l'EEAP, les doses à administrer pour les traitements en cours ne sont pas préparées par l'IDE, ce que soit pour les formes orales solides ou liquides. Les préparations des doses relevant du rôle de l'IDE et laissées à l'entière responsabilité des éducateurs sont des glissements de tâche (L.313-26 CASF, R.4311-7 CSP).	**48**	**Pre.23**	S'assurer de la préparation des doses par l'IDE pour les traitements chroniques, confier la préparation des doses à l'IDE s'il est présent dans les locaux en cas d'utilisation de « si-besoin ».	**Levée**
E.24	L'organisation établie de la gestion des ordonnances qui sont actuellement laissées dans les coffres des médicaments de l'IME et de l'EEAP ne permet pas de s'assurer que ces ordonnances sont bien les dernières en cours et correspondent aux traitements à donner (L.313-26 CASF)	**48**	**Pre.24**	Établir une organisation claire de la gestion des ordonnances médicales permettant de distinguer les ordonnances en cours de celles arrêtées, et le cas échéant les associer aux fiches de suivi d'administration des traitements de chaque enfant.	**Levée**

E.25	Les fiches de suivi d'administration des traitements sont partiellement complétées voire non actualisées : sur une fiche de l'IME, il est noté « liquide » au lieu du nom des spécialités, sur une autre fiche de l'EEAP, il est noté « Spasfon » alors qu'il est remplacé par de l'Antadys. Cette organisation conduit à des risques d'erreurs (L.311-3 1° et L.313-26 CASF).	**49**	**Pre.25**	Mettre à jour les fiches de suivi d'administration des traitements. Vérifier régulièrement leur complétude.	**Levée**
E.26	Par ailleurs, les traitements en si-besoin ne précisent pas sur les fiches de suivi d'administration les quantités maximales à ne pas dépasser et les intervalles de temps à respecter. En l'absence d'information claire sur la fiche de suivi et de l'ordonnance correspondante ou d'un protocole individuel en relai immédiat, l'aidant n'est pas en mesure d'évaluer seul si les modalités d'administration respectent les prescriptions médicales et les sécurités d'utilisation (L.311-3 1° et L.313-26 CASF).	**49**	**Pre.26**	Mettre à jour les fiches de suivi d'administration des traitements. Vérifier régulièrement leur complétude.	**Levée**
E.27	Il n'a pas été établi de convention avec un centre hospitalier disposant d'un service de réanimation (D.312-88 CASF).	**50**	**Pre.27**	Mettre en place une convention un centre hospitalier disposant d'un service de réanimation dans le cadre de la sécurisation des soins et afin d'assurer une connaissance réciproque du public accueilli.	**3 mois**

Prescriptions					
Remarque majeure		**Page du rapport**	**Libellé de la prescription envisagée**		**Délai de mise en œuvre**
R.M.1	Les professionnels ne sont pas formés pour le public présentant des TSA ni pour la gestion de la violence.	**31**	**Pre.27**	Former le personnel à la prise en charge spécifique du public présentant des TSA et à la gestion de la violence, en priorisant les agents directement chargés de leur suivi.	**6 mois**
R.M.2	Au regard des éléments factuels recueillis, la mission d'inspection fait le constat que les locaux sont insuffisamment adaptés à l'accueil des nouveaux profils de public accueilli, présentant des TSA notamment sévères.	**32**	**Pre.28**	Établir un plan d'investissement visant à adapter les locaux à l'accueil des nouveaux publics présentant des TSA, notamment sévères.	**6 mois**

R.M.3	L'appropriation des RBPP, dans la prise en charge des TSA et TND, en particulier les comportements problèmes, nécessite d'être poursuivie et diffusée à l'ensemble des équipes terrain.	**53**	**Pre.29**	Poursuivre 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 appropriation par les acteurs de terrain.	**6 mois**

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R. 1	Le livret d'accueil n'est plus à jour.	**16**	**Rec. 1**	Mettre à jour le livret d'accueil et de manière plus générale, veiller à dater systématiquement les documents à destination des partenaires, familles et usagers, afin d'en garantir la traçabilité, la validité et la mise à jour régulière.	**3 mois**
R.2	L'organigramme n'est pas nominatif, n'indique pas les liens hiérarchiques et fonctionnels et n'est pas décliné sur l'établissement. Par ailleurs, il n'est pas daté.	**18**	**Rec.2**	Rédiger un organigramme nominatif daté et en indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels, ainsi que les différents services concernés.	**Levée** Organigramme transmis
R.3	La fiche de fonction du directeur n'est pas actualisée en prenant compte de l'évolution de la structure.	**19**	**Rec.3**	Actualiser la fiche de fonction du directeur afin de refléter l'organisation actuelle du dispositif DIAME et de tenir compte des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement/service 2024–2028. La gestion du remplacement du directeur est également à préciser.	**3 mois**
R.4	Les commissions des menus ne sont pas systématiquement tracées dans des comptes rendus, ce qui ne permet pas de s'assurer de leur réalisation et des actions engagées.	**21**	**Rec.4**	Tenir régulièrement à jour les commissions des menus, afin d'assurer un suivi constant et adapté.	**Immédiat**
R.5	La charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'a pas été transmise à la mission d'inspection.	**21**	**Rec.5**	Transmettre la charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	**1 mois** Le document demandé n'a pas été transmis

R.6	Les documents relatifs à la lutte contre la maltraitance ne sont pas tous finalisés.	**21**	**Rec.6**	Finaliser les procédures, documents, notes, informations à destination des professionnels et les faire valider par les instances compétentes. Il convient également de les transmettre aux professionnels afin qu'ils puissent se les approprier.	**6 mois**
R.7	La démarche d'Amélioration Continue de la Qualité est en cours mais non finalisée.	**25**	**Rec.7**	Finaliser la démarche d'Amélioration Continue de la Qualité.	**6 mois**
R.8	Les causes profondes de la problématique de l'absentéisme du personnel ne sont pas déterminées pour y remédier.	**28**	**Rec.8**	Objectiver et analyser les causes de l'absentéisme pour mieux y répondre.	**6 mois**
R.9	Les fiches de poste des professionnels sont générales et ne sont pas adaptées aux missions réellement suivies par ces derniers. Par ailleurs, elles sont insuffisamment connues des agents et appropriées.	**29**	**Rec.9**	Revoir de manière régulière les fiches de poste pour qu'elles correspondent aux missions menées par les professionnels. Améliorer la connaissance et l'appropriation des fiches de postes par les agents.	**3 mois**
R.10	L'IDE ne figure pas dans l'organigramme.	**29**	**Rec.10**	Faire figurer l'IDE dans l'organigramme.	**Levée** Organigramme transmis
R.11	Les plannings transmis sont individuels ce qui ne permet pas d'avoir une vision des effectifs présents et ne permet pas un pilotage global des effectifs.	**30**	**Rec.11**	Etablir et transmettre un modèle de planning collectif.	Levée Plannings affichés
R.12	Une formation relative à la prévention des maltraitances et à la promotion de la bientraitance est indiquée dans le plan de formation, toutefois aucune date n'est arrêtée.	**31**	**Rec.12**	Rendre obligatoire la formation relative à la prévention des maltraitances et à la promotion de la bientraitance, prévoir et transmettre sa date de réalisation.	**6 mois**
R.13	Les pictogrammes présents sur les portes sont insuffisamment compréhensibles.	**32**	**Rec.13**	Rendre la signalétique par pictogrammes aisément compréhensible par toute personne quelle que soit sa situation.	**1 mois**
R.14	Les locaux, bien que récents, ne répondent pas aux besoins spécifiques croissants d'enfants avec TSA, notamment en matière d'espaces de restauration, de répit et de jeux adaptés. Des projets d'aménagements sont en cours (salle Snoezelen, cloisonnements,	**33**	**Rec.14**	Formaliser un plan global d'adaptation des locaux aux besoins des enfants avec TSA, incluant des aménagements et l'acquisition de matériels adaptés, la mise en conformité des équipements défectueux. Une attention particulière devra être portée à la sécurisation des espaces d'isolement	**6 mois**

	mobiliers adaptés), mais certaines défaillances persistent (volet en panne, accès extérieur inadapté). En SIFPRO, l'usage non sécurisé d'une pièce borgne a été constaté, présentant un risque pour la sécurité des enfants.			temporaire, en veillant à leur conformité aux normes de sécurité et à leur usage encadré.	
R.15	Dans le SEES, les portes des toilettes sont surélevées, autorisant le passage par en-dessous des enfants de l'une à l'autre. Par ailleurs, le local des toilettes est encombré d'éléments disparates stockés.	**34**	**Rec.15**	Rabaisser les portes des toilettes du SEES de manière à ne plus permettre le passage des enfants par en-dessous. Procéder au désencombrement du local des toilettes du SEES.	**3 mois**
R.16	L'établissement ne dispose pas d'une salle de soins adaptée à son usage.	**35**	**Rec.16**	Dans le cas où des soins sont prodigués, disposer d'une salle de soins conforme à son usage notamment un point d'eau et un plan de travail nettoyable.	**6 mois**
R.17	Les pesées sont entrées sur deux supports différents ce qui peut conduire à une perte d'information.	**42**	**Rec.17**	Utiliser un support unique pour les données de suivi des enfants (pesées).	**Levée**
R.18	Des dépistages bucco-dentaires ne sont pas organisés régulièrement au sein de l'établissement.	**43**	**Rec.18**	Proposer aux familles des dépistages bucco-dentaires réguliers (par ex, une fois par an).	**3 mois**
R.19	La gestion des comportements problèmes n'est pas appréhendée dans l'organisation des soins et la formation du personnel.	**44**	**Rec.19**	Intégrer la gestion des comportements problèmes dans l'organisation des soins et la formation du personnel.	**3 mois**
R.20	Une trousse de premiers soins est disponible dans le bureau du médecin, ce qui conduit le personnel à y accéder seul en dehors de sa présence.	**45**	**Rec.20**	Entreposer la trousse de premiers soins dans un lieu situé en dehors du bureau du médecin afin d'éviter toute incursion de personnel non autorisé dans ce local.	**Levée**
R.21	Une procédure « circuit du médicament » de l'ADAPEI datée du 28/05/2025 a été transmise à la mission, mais elle ne reflète pas l'organisation propre de l'établissement « Francis Grosjean ».	**46**	**Rec.21**	Décliner la procédure relative au circuit du médicament au fonctionnement propre de l'établissement, en tenant compte de ses particularités.	**3 mois**
R.22	Le stock de soins urgents n'est pas clairement formalisé sous forme d'une liste qualitative et quantitative.	**46**	**Rec.22**	Etablir et valider par le médecin la liste qualitative et quantitative des stocks de soins urgents.	**Levée**

R.23	L'administration de médicaments d'urgence (Buccolam/Ventoline) n'a pas fait l'objet d'une formation à l'ensemble des agents concernés. L'aide à la prise des autres traitements courant (en particulier pour les formes liquides et les topiques) n'a pas fait l'objet de protocole ni de formation/contrôle du respect des modalités d'aide à la prise par l'IDE.	**48**	**Rec.23**	Former le personnel à l'aide à la prise des traitements d'urgence et courant, s'assurer de leur bonne compréhension des gestes attendus.	**3 mois**
R.24	Les médicaments non utilisés ne sont pas systématiquement remis aux familles ou dans une pharmacie et servent à la constitution de stocks non maitrisés.	**49**	**Rec.24**	S'assurer du retour à la famille ou de l'élimination des médicaments qui ne sont plus utilisés pour éviter les stocks non contrôlés.	**Levée**
R.25	Bien qu'un partenariat soit en place avec un professionnel dentaire, aucune convention n'est formalisée.	**50**	**Rec.25**	Formaliser les conventions avec les acteurs de santé concernés.	**3 mois**
R.26	Il n'a pas été présenté de convention formalisée avec des établissements de santé, notamment au regard des besoins spécifiques des publics accueillis.	**50**	**Rec.26**	Mettre en place des conventions avec des établissements de santé nécessaires, dans une dynamique de parcours et de soutien, en regard des besoins spécifiques des publics accueillis.	**6 mois**