

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Service émetteur :
DICE

Affaire suivie par :

████████████████████

Courriel :

██

██

██

Mme CARICOLA Muriel, Directrice
Institut Médico-Educatif Au fil de la Vie
10 Rue Victor Schmidt
68800 THANN

Madame la Directrice,

J'ai diligenté dans votre établissement, le 29 avril 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 15 juillet 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 27 août 2025 qui vous a été accordé.

J'ai réceptionné votre réponse en date du 15 septembre 2025, ainsi que les documents associés.

L'étude de vos observations et la prise en compte des actions mises en œuvre, ont permis de **lever** les prescriptions **Pre 4, Pre 8, Pre 10 et Pre 14** ; ainsi que les recommandations **Rec 1, Rec 5, Rec 13, Rec 16, Rec 17, Rec 21, Rec 23, Rec 26 et Rec 31**.

Les prescriptions **Pre 1, Pre 2, Pre 3, Pre 5, Pre 6, Pre 7, Pre 9, Pre 11, Pre 12, Pre 13 et Pre 15 à 18** et les recommandations **Rec 2, Rec 3, Rec 4, Rec 6 à 12, Rec 14, Rec 15, Rec 18, Rec 19, Rec 20, Rec 22, Rec 24, Rec 25, Rec 27 à 30 et Rec 32** sont **maintenues**.

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

J'ai pris note de votre prise de poste récente, du recrutement récent d'une cheffe de service et de l'arrivée prévue d'une nouvelle IDE le 17 novembre 2025 – *l'IDE précédemment en poste ayant démissionné*. Je prends acte des différents projets en cours de réalisation.

Par ailleurs, je constate :

- **Qu'aucun IDE n'est présent sur site depuis le départ de l'ancienne IDE, et ce jusqu'à l'arrivée prévue de la nouvelle IDE le 17 novembre ;**
- **Qu'aucun médecin salarié n'assure actuellement de suivi médical régulier au sein de l'établissement ;**
- **Qu'en l'absence d'IDE, la préparation des piluliers et de certains traitements est effectuée directement par les familles, et l'administration de traitements ponctuels (Rivotril) est réalisée par un parent sur site ;**
- **Que les vérifications préalables des piluliers et le contrôle des traitements administrés ne sont plus assurés par une IDE ;**
- **Par ailleurs, vous assurez vous-même la gestion de l'armoire à pharmacie, des stupéfiants et des protocoles associés.**

Je vous rappelle que, selon l'article R.4311-5 du CSP, l'administration de médicaments, comprenant le contrôle préalable des traitements médicamenteux et le suivi des administrations, relève du rôle propre de l'infirmier. Par ailleurs, selon l'article R. 4312-39 du CSP, l'accès à l'armoire à pharmacie,

en particulier le coffre à stupéfiants, doit être restreint aux seuls IDE, garant des conditions de détention et de la gestion des médicaments.

L'organisation actuellement en place ne répond pas aux obligations légales et réglementaires applicables, et expose les usagers à un risque d'erreur médicamenteuse et de rupture de continuité des soins médicaux et de prévention. Elle conduit en outre à confier, à des personnels non habilités ou à des familles, des missions qui relèvent de l'exercice infirmier.

Dans ce cadre, je vous demande :

- D'assurer sans délai la présence effective d'un IDE jusqu'à l'arrivée de la nouvelle IDE salariée (IDE libéral, intérimaire, vacataire...), afin de sécuriser la préparation et la traçabilité des traitements ;
- De cesser toute manipulation des médicaments entreposés dans le local de l'infirmier (y compris stupéfiants) par des personnes non autorisées.

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 Haut-Rhin - ars-grandest-DT68-autonomie@ars.sante.fr**

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

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
Pour la directrice générale et par délégation - La Directrice Adjointe
de l'Inspection Contrôle et Evaluation,
Sandrine GUET
Nancy le 02/10/2025



Destinataire :

- [REDACTED]

Copies ARS Grand Est :

- Direction autonomie
- DT68

Annexe 1

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

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E.1	La mission fait le constat d'un accueil ponctuel, parfois uniquement en demi-journée, de certains enfants, sans que cette modalité d'accompagnement ne soit justifiée, de prime abord, par les besoins identifiés de l'enfant, ceux-ci n'étant pas scolarisés en milieu ordinaire, ni accompagnés à domicile hors temps IME, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-12 du CASF.	Page 13	Pre.1	<p>Préciser à la mission les motivations et parcours de l'enfant pour l'accueil réduit des enfants à temps partiels et/ou en accompagnement à distance uniquement.</p> <p>Transmettre les projets individualisés des enfants pour lesquels un accueil de moins de 3 jours par semaine est en place au sein de l'IME.</p>	<p>Prescription maintenue Délai modifié 4 mois 6 mois</p> <p><i>Un travail est en cours concernant les accueils, notamment pour qu'ils soient en adéquation avec les attentes et besoins des jeunes, recensés dans les projets individualisés, ce qui n'est pas le cas actuellement.</i></p> <p><i>Le cas des jeunes accompagnés par la structure dans le cadre de l'amendement Creton, pour lesquels l'accueil est réduit à 2 jours par semaine sans justification, nécessite d'être révisé.</i></p>
E.2	Le projet d'établissement pose les principes de l'établissement, mais ne détaille pas les objectifs et les moyens mis en œuvre pour accompagner les usagers, ce qui contrevient à l'article D.312-12 du CASF, et ne contient pas de projet pédagogique de l'unité d'enseignement, contrevenant à l'article D.312-10-14 du CASF.	Page 14	Pre.2	<p>Evaluer la possibilité d'actualiser le projet d'établissement / de réécrire un nouveau projet d'établissement de manière anticipée.</p> <p>Lors de la réécriture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser les objectifs et les moyens mis en œuvre pour accompagner les usagers 	<p>Prescription maintenue 6 mois</p> <p><i>Un devis a été réalisé avec un prestataire externe pour accompagner l'établissement</i></p>

	Bien que le projet d'établissement soit encore valide, celui-ci ne prend pas en compte l'évolution de l'établissement, notamment la fusion IME-SESSAD et l'évolution vers le passage en dispositif. En outre, il manque d'opérationnalité et ne précise pas les perspectives de l'établissement sur sa durée.			<ul style="list-style-type: none"> - Inclure le projet pédagogique de l'unité d'enseignement - Prendre en compte la transformation de l'offre, notamment l'évolution vers le passage en dispositif 	<i>dans la réactualisation du projet d'établissement.</i>
E.3	Le règlement de fonctionnement de l'établissement n'a pas été révisé selon la périodicité prévue et qui ne peut être supérieure à 5 ans ; il comporte des éléments erronés et il manque certaines informations pratiques à destination des usagers et de leurs familles. Certains éléments des règles de vie de l'établissement interpellent la mission. Ces éléments contreviennent aux dispositions des articles R311-33 à R 311-37-1 du CASF.	Page 17	Pre.3	Mettre à jour le règlement de fonctionnement en indiquant la périodicité de son renouvellement, et le présenter aux prochaines instances.	<p>Prescription maintenue 6 mois</p> <p><i>L'établissement souhaite réactualiser le règlement de fonctionnement dans la même temporalité que la rédaction du nouveau projet d'établissement.</i></p>
E.4	L'établissement n'affiche pas les numéros d'écoute et d'accompagnement obligatoire, contrevenant aux dispositions de l'article L.226-8 du CASF.	Page 18	Pre.4	Afficher les numéros d'écoute et d'accompagnement obligatoires.	<p>Prescription levée</p> <p><i>L'affiche mentionnant l'ensemble des numéros est transmise</i></p>
E.5	Le tableau récapitulatif de délégation transmis, ne précise pas les compétences et les missions confiées par délégation à la directrice de l'établissement, contrevenant aux dispositions de l'article D.312-176-5 du CASF.	Page 20	Pre.5	Réviser le document unique de délégation avec les transformations associatives. Transmettre la fiche de mission et le document unique de délégation actualisé. Présenter le contrat et le diplôme de la nouvelle directrice.	<p>Prescription maintenue 6 mois</p> <p><i>Une nouvelle fiche de mission est transmise, ainsi que le diplôme de la directrice.</i></p> <p><i>Le DUD va être révisé ; il conviendra de le transmettre à sa finalisation.</i></p>
E.6	L'établissement ne réalise pas chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute	Page 22	Pre.6	Réaliser une enquête de satisfaction annuelle, afficher les résultats dans l'espace d'accueil de l'établissement, et les présenter au Conseil de la Vie Sociale.	<p>Prescription maintenue Délai modifié 6 mois 3 mois</p>

	Autorité de Santé, contrevenant aux dispositions de l'article D.311-15 III du CASF.				
E.7	L'établissement ne dispose pas de temps de médecin (pédiatre et/ou psychiatre), contrevenant aux dispositions de l'article D.312-21 du CASF.	Page 28	Pre.7	Poursuivre la recherche active de médecin(s) pour l'établissement – généraliste et psychiatre.	<p>Prescription maintenue 12 mois</p> <p><i>Une solution transitoire va être mise en place (télémédecine), mais nécessite la présence d'une IDE dont l'arrivée est prévue le 17/11/2025.</i></p>
E.8	En l'absence de présentation des diplômes pour certains salariés, et en faisant exercer des missions pour lesquels un agent n'est pas diplômé, l'établissement contrevient aux disposition des articles L.312-1, II et D.312-26 du CASF.	Page 29	Pre.8	Transmettre les diplômes manquants ; transmettre les preuves d'une inscription dans un parcours diplômant en adéquation avec les missions exercées, sinon, procéder à cette inscription.	<p>Prescription levée</p> <p><i>Les diplômes manquants et inscription (le cas échéant) sont transmis.</i></p>
E.9	En l'absence de médecin, le projet de soins est peu développé, et les décisions concernant les accompagnements ne sont pas motivées. Quelques projets de soins ne sont pas finalisés. Ces éléments contreviennent aux dispositions de l'article D.312-19 du CASF.	Page 31	Pre.9	Accompagner les équipes paramédicales dans la mise en œuvre des éléments du projet personnalisé en l'absence de médecin.	<p>Prescription maintenue 3 mois</p>
E.10	La porte du gymnase est fermée à clef alors qu'une activité est en cours dans le local. Cette pratique ne permet pas de garantir la sécurité des usagers / la liberté d'aller et venir, contrevenant à l'article L. 311-3 du CASF.	Page 34	Pre.10	S'assurer de l'accessibilité des locaux dans lesquels les jeunes sont en activité ; ceux-ci ne doivent pas être fermés à clef lorsqu'une activité se déroule à l'intérieur/ lorsque des jeunes y sont accueillis.	<p>Prescription levée</p> <p><i>La plupart des verrous a été retirée des portes afin d'éviter l'enfermement.</i></p> <p><i>Concernant le gymnase, cette porte a conservé son verrou, mais des rappels ont été réalisés pour préciser le cadre de sa fermeture (uniquement en dehors des temps de présence avec les jeunes).</i></p>

E.11	En l'absence de médecin, et de protocoles formalisés, les mises sous contention, et mises au calme des usagers, sont réalisées de manière individuelle, sans encadrement des pratiques, ne permettant pas de garantir l'accompagnement de l'utilisateur, notamment le respect de sa sécurité et de sa liberté d'aller et venir, inscrit à l'article L. 311-3 du CASF.	Page 39	Pre.11	Encadrer les pratiques de mise sous contention et de mise au calme des usagers, notamment par la rédaction et la mise en place de protocoles en lien avec les pratiques.	<p>Prescription maintenue Délai modifié 1 mois 3 mois</p> <p><i>Un protocole et un guide d'utilisation de la salle d'apaisement ont été réalisés. Ils sont en attente de validation médicale.</i></p> <p><i>Ces éléments ne précisent pas la notion de contention, ni ses restrictions.</i></p>
E.12	L'ensemble des jeunes accompagnés ne dispose pas d'un projet individualisé. Lorsque celui-ci existe, il n'est pas systématiquement révisé annuellement et de manière pluridisciplinaire. En outre, aucune procédure ne permet de définir les éléments et temporalités en lien avec les projets individualisés. Ces éléments contreviennent aux dispositions des articles D.312-19, D.312-14 et D.312-85 du CASF.	Page 41	Pre.12	<p>Poursuivre l'élaboration et le suivi des projets individualisés, afin que chaque personne accueillie en dispose et qu'il soit actualisé.</p> <p>Rédiger une procédure précisant les modalités encadrant les projets individualisés.</p>	<p>Prescription maintenue 6 mois</p> <p>3 mois</p> <p><i>Une procédure d'élaboration des projets personnalisés a été élaborée. Celle-ci s'apparente à un retroplanning des actions à mener et non à une procédure opérationnelle, ne définissant aucun des acteurs, ni les temps forts des projets. En outre, elle ne présente ni document de référence, ni inscription des projets personnalisés dans l'outil informatique.</i></p>
E.13	Un bilan n'est pas formalisé de manière semestrielle par les équipes en charge de l'accompagnement des jeunes. En outre, le bilan annuel n'est pas systématisé pour l'ensemble des usagers. Ces éléments contreviennent aux dispositions de l'article D.312-14 du CASF.	Page 42	Pre.13	Formaliser les bilans semestriels et annuels pour chaque jeune, permettant de réaliser un point de situation avec les familles.	<p>Prescription maintenue 6 mois</p>

E.14	Le coffre à stupéfiants n'est pas dédié aux seules spécialités stupéfiantes (article R. 5132-80 CSP), en outre, il n'est pas établi d'état récapitulatif des stupéfiants entrants et sortants ce qui ne permet pas de suivre la comptabilité des unités présentes et d'éviter tout risque de perte ou de détournement.	Page 47	Pre.14	Dédier le coffre à stupéfiants aux seuls produits stupéfiants. Réaliser un suivi des stupéfiants entrants et sortants, par du personnel autorisé.	<p align="center">Prescription levée</p> <p align="center"><i>Le coffre est dédié aux seuls produits stupéfiants, et un registre des stupéfiants est en place.</i></p> <p align="center"><i>Toutefois, il conviendra d'accompagner la nouvelle IDE dans cette dynamique de traçabilité.</i></p>
E.15	Des médicaments et des compresses périmés ont été retrouvés dans une boîte de stockage de médicaments à distribuer dans une unité de vie (article R. 4312-38 CSP).	Page 47	Pre.15	Organiser le suivi de péremption des stocks en unité de vie.	<p align="center">Prescription maintenue 3 mois</p> <p align="center"><i>Maintenue en l'absence d'IDE.</i></p>
E.16	L'adaptation des traitements remis par les familles à l'IME en charge de leur distribution à l'heure du déjeuner conduit à une modification des traitements donnés qui n'est pas formalisée par une validation médicale formelle et une mise à jour des prescriptions médicales (articles R. 4312-42, R. 5132-3 CSP).	Page 48	Pre.16	Valider les modifications de traitement par une prescription médicale écrite et à jour.	<p align="center">Prescription maintenue 3 mois</p> <p align="center"><i>Maintenue en l'absence d'IDE.</i></p>
E.17	Les ordonnances actualisées correspondant aux traitements à distribuer au moment du déjeuner (en particulier des médicaments stupéfiants) ne sont pas systématiquement remises à l'établissement par les familles, ce qui conduit l'IDE à devoir préparer et administrer des médicaments sans preuve de conformité avec une prescription médicale à jour (articles R. 4311-7, R. 4312-38, 4312-42 CSP).	Page 48	Pre.17	Se mettre en lien avec les familles pour recueillir systématiquement les ordonnances médicales à jour pour tout traitement à administrer, y compris les stupéfiants.	<p align="center">Prescription maintenue 3 mois</p> <p align="center"><i>Maintenue en l'absence d'IDE.</i></p>

E.18	La possibilité d'administrer du paracétamol pour soulager les usagers en cas d'épisodes douloureux ou de fièvre n'est pas systématiquement encadrée par des prescriptions individuelles en « si-besoin », des autorisations parentales, et le cas échéant, un protocole préétabli écrit et visé par un médecin permettant à l'IDE d'entreprendre et d'adapter les traitements antalgiques (articles R. 4311-8, R. 4312-42, R. 5132-3 CSP)	Page 48	Pre.18	Encadrer systématiquement l'administration de paracétamol par une prescription médicale individuelle en « si besoin », une autorisation parentale et le cas échéant un protocole écrit validé par un médecin.	Prescription maintenue 3 mois <i>Maintenue en l'absence d'IDE.</i>
-------------	---	---------	---------------	---	--

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R. 1	Le projet d'établissement n'est ni affiché, ni mis à disposition.	Page 14	Rec. 1	Afficher le projet d'établissement ou faciliter son accessibilité/sa mise à disposition.	Recommandation levée <i>L'information a été transmise au niveau des professionnels, il conviendra de la réaliser également au niveau des familles.</i>
R.2	Les coordonnées des personnes qualifiées mentionnées en annexe du règlement de fonctionnement sont obsolètes.	Page 17	Rec.2	Mettre à jour la liste des personnes qualifiées. Procéder à son affichage.	Recommandation maintenue 3 mois
R.3	Le livret d'accueil de la structure n'est pas à jour.	Page 17	Rec.3	Mettre à jour le livret d'accueil à destination des familles.	Recommandation maintenue 6 mois
R.4	L'affichage des documents institutionnels est concentré sur les murs d'une salle de réunion ce qui n'est pas propice à la lecture des familles ou des professionnels quand la salle est occupée.	Page 18	Rec.4	Evaluer la possibilité de disposer d'un lieu d'affichage plus adapté pour la diffusion des documents institutionnels.	Recommandation maintenue 3 mois <i>Des vitrines ont été achetées, l'établissement n'a pas fourni d'éléments autres permettant de justifier d'amélioration des affichages.</i>

R.5	L'organigramme de la structure annexé aux documents institutionnels et mis à disposition des salariés, est anonymisé et non daté.	Page 19	Rec.5	Mettre à jour l'organigramme de la structure, et le dater.	Recommandation levée <i>Le nouvel organigramme est transmis.</i>
R.6	Le pilotage de l'établissement, notamment à travers des réunions institutionnelles et opérationnelles, est actuellement en construction et demande à être consolidé.	Page 21	Rec.6	Structurer/définir les différents temps de réunions institutionnelles, ainsi que les acteurs de celles-ci.	Recommandation maintenue 3 mois
R.7	Les comptes rendus de CVS ne permettent pas d'identifier les fonctions des personnes présentes lors des réunions.	Page 21	Rec.7	Préciser dans les comptes rendus les fonctions et représentation des personnes présentes au CVS.	Recommandation maintenue Au prochain CVS
R.8	Bien qu'un travail ait été réalisé autour de la promotion de la bientraitance / lutte contre la maltraitance, il n'existe pas de charte de bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	Page 23	Rec.8	Compléter le travail réalisé autour de la bientraitance/lutte contre la maltraitance, par la rédaction d'une charte qui pourra ensuite être affichée.	Recommandation maintenue 6 mois
R.9	Bien qu'un travail soit initié autour des recommandations bonnes pratiques, la mission fait le constat d'une méconnaissance de celles-ci par certains professionnels.	Page 24	Rec.9	Poursuivre le travail autour de la promotion des recommandations des bonnes pratiques.	Recommandation maintenue 3 mois
R.10	L'établissement ne réalise pas de retour d'expérience suite aux événements indésirables transmis.	Page 24	Rec.10	Réaliser des retours d'expérience collectif, afin de s'inscrire dans une démarche collective de prévention des risques, d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation maintenue 6 mois
R.11	La périodicité de révision du manuel de gestion de crise n'est pas connue. En outre, il contient des informations qui ne sont plus à jour, et des coordonnées professionnelles des correspondants de l'établissement des ARS et CeA qui n'ont pas lieu d'y être mentionnées.	Page 25	Rec.11	Mettre à jour le manuel de gestion de crise, ôter les noms et coordonnées des correspondants d'établissement. Prévoir la périodicité de révision du manuel de gestion de crise.	Recommandation maintenue 3 mois

R.12	L'établissement ne dispose pas d'un plan d'action d'amélioration continue de la qualité opérationnel et suivi.	Page 25	Rec.12	Mettre en place un plan d'action, ainsi qu'un suivi de celui-ci.	Recommandation maintenue 3 mois
R.13	Au jour de l'inspection, la directrice n'est pas en capacité de transmettre à la mission la liste des professionnels présents sur site, en lien avec des problématiques présentes en cours d'évolution.	Page 27	Rec.13	Transmettre les plannings de présence opérationnel des salariés, une fois la transition effectuée (évolution du télétravail et de la présence sur site des salariés).	Recommandation levée <i>Le courrier définissant les nouveaux horaires des salariés (présence lors des temps d'ouverture de l'IME et lors des réunions) est transmis. Ce courrier mentionne également la fin des périodes de télétravail pour l'ensemble des salariés du site.</i>
R.14	En l'absence de médecin salarié dans l'établissement, l'IDE ne dispose plus d'une messagerie personnelle sécurisée permettant une transmission facilitée des informations médicales provenant des cabinets libéraux et services extérieurs, ce qui complexifie le suivi médical des jeunes accompagnés.	Page 28	Rec.14	Remettre en place une boîte mail sécurisée pour les échanges entre professionnels de santé.	Recommandation maintenue 1 mois
R.15	Les professionnels ne disposent pas de fiche de poste.	Page 30	Rec.15	Poursuivre et finaliser le travail initié sur les fiches de poste, notamment leur déclinaison opérationnelle.	Recommandation maintenue 6 mois
R.16	Aucun professionnel n'encadre l'équipe soignante et rééducative.	Page 30	Rec.16	Mettre en place un encadrement de l'équipe soignante par un professionnel habilité à cette mission.	Recommandation levée <i>Une cheffe de service a été recrutée.</i>
R.17	En l'absence de professionnel encadrant (vacance de poste de chef de service), les missions des référents de parcours ont tendance à glisser vers de l'encadrement d'équipe alors que ce n'est pas leur mission initiale.	Page 30	Rec.17	Clarifier les missions des référents de parcours. Mettre en place un encadrement clair de l'équipe éducative.	Recommandation levée <i>Une cheffe de service a été recrutée.</i>

R.18	L'utilisation parcellaire du logiciel IMAGO ne permet pas de remplir sa fonction de suivi au quotidien des jeunes accompagnés.	Page 31	Rec.18	Accompagner les équipes opérationnelles dans l'appropriation de l'outil informatique IMAGO au quotidien.	Recommandation maintenue 6 mois <i>La formation des équipes est prévue ; la recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation effective de celle-ci.</i>
R.19	Il n'existe pas de procédure d'accueil des nouveaux salariés.	Page 32	Rec.19	Rédiger et mettre en place une procédure pour l'accueil des nouveaux salariés, avec notamment l'accompagnement de la prise en main du logiciel métier, ainsi que la connaissance des spécificités des jeunes accompagnés.	Recommandation maintenue 3 mois
R.20	Le plan de formation transmis ne comporte aucune date. En outre, l'AFGSU n'est aucunement mentionnée dans le plan de formation, bien qu'il s'agisse d'une formation obligatoire, et il ne comprend pas de formation sur la bientraitance/lutte contre la maltraitance.	Page 32	Rec.20	Dater le plan de formation, et inscrire les dates une fois celles-ci réalisées. Prévoir l'accès à l'AFGSU pour les salariés, ainsi qu'une formation sur la thématique de la bientraitance/lutte contre la maltraitance.	Recommandation maintenue 6 mois
R.21	Certains locaux utilisés, notamment les mezzanines, sont difficiles d'accès et accueillent des usagers pour des groupes. En outre, certaines mezzanines présentent des amoncellements de produits combustibles (papiers / cartons) pouvant présenter un risque.	Page 33	Rec.21	Prendre attache avec les administrations concernées pour évaluer la possibilité de faire passer une commission de sécurité.	Recommandation levée <i>Un préventionniste est intervenu dans le cadre de l'établissement. Les mezzanines ont été désencombrées.</i>
R.22	L'IME est locataire d'un appartement dans une résidence à proximité, pour lequel l'usage n'est pas clairement défini et connu de tous.	Page 34	Rec.22	Préciser l'usage de l'appartement loué par l'IME. Si des usagers sont en mesure d'y être accueillis, s'assurer de la compatibilité de celui-ci aux normes de sécurité attendues. Rédiger une procédure en lien avec l'accès à cet appartement.	Recommandation maintenue Délai modifié 1-mois 3-mois 3-mois 6 mois

					<p><i>L'établissement indique que l'appartement est utilisé uniquement par les professionnels sur les temps de pause, et que le bail de celui-ci sera dénoncé en fin d'année 2025. Toutefois, les éléments de preuve transmis n'indiquent pas clairement une utilisation <u>uniquement</u> par les professionnels, et aucun justificatif de dénonciation de bail n'est transmis.</i></p>
R.23	La procédure d'admission est succincte et ne permet pas d'appréhender le déroulé de l'admission du jeune dans le dispositif IME-SESSAD. En outre, elle contient des éléments de langage infantilisants pour les agents.	Page 38	Rec.23	Revoir la procédure d'admission, afin qu'elle remplisse son rôle de fil conducteur à l'admission d'un jeune dans le dispositif IME-SESSAD.	<p>Recommandation levée</p> <p><i>Une nouvelle procédure est rédigée. Il conviendra de préciser dans le 4- la composition de l'équipe procédant à la recevabilité du dossier.</i></p>
R.24	Le recensement des éléments déclencheurs de comportement problème n'est pas réalisé ; aucun outil institutionnel n'est travaillé pour faciliter ce recensement.	Page 39	Rec.24	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.	<p>Recommandation maintenue 3 mois</p> <p>3 mois</p> <p><i>Une grille « observation du comportement » a été rédigée par la psychologue. Celle-ci vise à rechercher les éléments déclencheurs de troubles du comportement. Il n'est pas précisé si celle-ci est déjà fonctionnelle et quel accompagnement aux équipes a pu être réalisé. Il conviendra également de compléter le dossier informatisé du jeune avec ces éléments.</i></p>

R.25	Les éléments entourant la sortie des jeunes ne sont pas clairement identifiés, tant des professionnels accompagnant les jeunes, que de la structure ; au moment de la sortie, et du suivi de celle-ci.	Page 40	Rec.25	Elaborer une procédure concernant la sortie des usagers, qu'elle soit en cours ou en fin de parcours. Préciser les attendus en termes de professionnels accompagnant ces suivis.	Recommandation maintenue 3 mois
R.26	La définition des accès du médecin spécialiste utilisant le logiciel de l'établissement ne lui permet pas d'éditer des prescriptions conformes.	Page 44	Rec.26	Revoir les droits des professionnels au niveau du logiciel IMAGO.	Recommandation levée <i>L'établissement transmet les droits d'accès logiciel pour les différentes professions.</i>
R.27	Les cas d'automédication ponctuelle à la maison, ou le défaut de prise de traitement, ne sont pas systématiquement communiqués à l'IDE.	Page 45	Rec.27	Travailler en lien avec les familles, l'information systématique de l'établissement concernant les médicaments des jeunes à domicile.	Recommandation maintenue 3 mois <i>Absence d'IDE</i>
R.28	Le stock de soins urgents n'est pas clairement formalisé sous forme d'une liste qualitative et quantitative. Par ailleurs, les médicaments qui ne sont plus utilisés (fin de traitements, médicaments non identifiés pour des besoins particuliers) sont à rendre aux familles ou à éliminer de manière à éviter la constitution de stocks non maîtrisés.	Page 46	Rec.28	Etablir la liste des stocks de soins urgent. S'assurer du retour à la famille ou de l'élimination des médicaments qui ne sont plus utilisés.	Recommandation maintenue 1 mois 3 mois <i>Absence d'IDE</i>
R.29	Bien que des partenariats soient en place avec des acteurs dentaires, aucune convention n'est formalisée.	Page 49	Rec.29	Formaliser les conventions avec les acteurs concernés.	Recommandation maintenue 6 mois
R.30	Il n'existe aucune convention formalisée avec des établissements de santé, notamment au regard des besoins spécifiques des publics accueillis.	Page 50	Rec.30	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.	Recommandation maintenue 6 mois

R.31	L'appropriation des RBPP dans la prise en charge des TSA et TND, en particulier les comportements problématiques, nécessite d'être poursuivie et diffusée à l'ensemble des équipes terrain.	Page 53	Rec.31	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.	Recommandation levée <i>Des groupes d'analyse des pratiques sont reconduits, et des temps spécifiques de supervision sur la thématique TSA/TND ont été mis en place.</i>
R.32	Le projet d'établissement ne dispose pas de projet spécifique autisme déclinant la politique institutionnelle sur le sujet.	Page 53	Rec.32	Lors de la révision du projet d'établissement, intégrer la dimension des troubles du spectre de l'autisme.	Recommandation maintenue 6 mois