



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Délégation départementale des Yvelines

Affaire suivie par : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]
& ars-dd78-dpt-medico-social@ars.sante.fr

Téléphone : [REDACTED]

[REDACTED]
Directeur de l'IME LE RONDO
Croix Rouge Française
7 passage Pilâtre de Rozier
78000 Versailles

Versailles, le 24 mars 2026

Lettre recommandée avec AR
N°

Réf : N°2025_IDF_00153

Objet : Lettre de décisions - Inspection du 02/06/2025 – IME LE RONDO

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes en situation de handicap, une inspection a été réalisée au sein de l'IME LE RONDO (n° 780690210) le 02/06/2025 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS).

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 04/12/2025 le rapport que m'a remis la mission d'inspection, ainsi que les 13 injonctions, 12 prescriptions et 3 recommandations que j'envisageais de vous notifier (cf annexe).

Vous m'avez transmis le 16/01/2026 des éléments de réponse détaillés, ce dont je vous remercie.

Je note que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Les injonctions 1, 10, 11 et 13 ont été levées partiellement.
- La prescription 8 a été levée,
- Les prescriptions 2 et 9 ont été partiellement levées,
- La prescription 13 a été ajoutée afin de permettre un délai pour réaliser la mesure.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, je vous notifie à titre définitif 13 injonctions, 12 prescriptions et 3 recommandations maintenues en annexe du présent courrier et portant sur les points suivants :

- La prévention et la lutte contre les maltraitements,
- L'adéquation entre les usagers accueillis et l'autorisation détenue,
- La gouvernance : le management, la stratégie, l'animation, le fonctionnement des instances, la gestion des risques,
- Les fonctions support : la gestion des RH, la gestion d'informations, les bâtiments, la sécurité,
- La prise en charge : vie quotidienne, hébergement, soins, organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie,
- Les relations et les partenariats avec l'extérieur.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS des Yvelines, sur le lien Bluefiles sécurisé¹ les éléments de preuve documentaire permettant le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives.

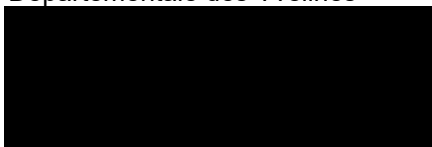
Je vous rappelle que le constat de l'absence de mise en œuvre dans les délais fixés de chacune des mesures correctives faisant l'objet d'injonctions et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application Télérecours citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Le présent courrier et le rapport produit à la suite de l'inspection seront publiés sur le site internet de l'Agence (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>) dans les jours suivants dans un objectif de transparence de son action et de reddition de compte des missions de service public que vous assurez. Ceci s'inscrit notamment dans le cadre prévu par le Code des relations entre le public et l'administration (CRPA) avec, en particulier, la protection des données mentionnées en son article L.311-6.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur de la Délégation
Départementale des Yvelines



Simon KIEFFER

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 02/06/2025 au sein de l'établissement IME LE RONDO (n° 780690210), 78000 VERSAILLES

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Inj 1	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	<p>Informier l'ARS et le SDIS des changements relatifs aux locaux.</p> <p>Transmettre des justificatifs de mise en conformité de l'accès PMR dans les emplacements constatés par l'inspection</p>	<p>1.1 Nous sommes engagés dans un réaménagement global de l'établissement pour mieux répondre aux besoins des personnes accueillies en mobilisant notre PPI lors des périodes de fermeture. Afin de nous conformer à cette mesure de la première injonction, pourriez-vous nous préciser à quelle fréquence souhaitez-vous que nous communiquions les changements d'affectation des espaces ?</p> <p>De plus, les changements d'affectation des locaux opérés n'ayant aucune incidence sur la mise en sécurité effective des personnes, il ne nous a pas semblé nécessaire de contacter le SDIS dans la mesure où nous bénéficions d'une assistance dans le domaine de la sécurité incendie qui est en lien avec eux si nécessaire.</p> <p>1.2. Concernant la mise en conformité de l'accès PMR, nous réalisons les travaux</p>	<p>1.1. L'obligation d'information ne dépend pas de l'appréciation de l'établissement quant à l'impact des modifications. Tout changement d'affectation de locaux doit être transmis au moment où il intervient. L'établissement doit en informer directement le référent de l'ARS et le SDIS.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>INJONCTION MAINTENUE</p> </div> <p>L'établissement doit informer le référent de l'ARS et le SDIS des modifications d'affectation des locaux. Transmettre les documents probants à la levée de cette injonction.</p>	Article L313-1 du CASF	E1, E36	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
			<p>conformément aux observations du diagnostic d'accessibilité Handicap que nous allons communiquer à [REDACTED] avec, en complément, les factures des travaux réalisés.</p> <p>Pourriez-vous nous préciser à quel endroit la circulation en fauteuil roulant est entravée par des marches non desservies par l'ascenseur ? En effet, cela n'a jamais été constaté auparavant.</p> <p>Enfin, l'établissement dispose d'un wc PMR par niveau.</p>	<p>1.2. Après réexamen des éléments et des emplacements concernés, la mission confirme que les accès PMR respectent bien les exigences réglementaires.</p> <p>Les échanges complémentaires avec l'établissement ont permis de clarifier la situation et d'établir que les points signalés lors de l'inspection ne relevaient pas d'un défaut de conformité.</p> <p>INJONCTION PARTIELLEMENT LEVEE Concernant les justificatifs de la mise en conformité de l'accès PMR.</p>			
Inj 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Rédiger un nouveau d'établissement	<p>Nous sommes déjà engagés depuis un an dans la co-construction d'un nouveau projet d'établissement avec les personnes concernées, leurs proches, les salariés et les partenaires. Nous avons organisé deux journées de Pôle en 2025 afin de définir les 5 piliers du projet et les outils socles et nous nous sommes formés à la CAA dans cette perspective.</p> <p>La prochaine étape prévue est de définir les principes d'interventions avec les différents acteurs du projet. Cette démarche s'inscrit nécessairement dans un temps long pour respecter le rythme et la temporalité de chacun.</p>	<p>L'ARS prend note de l'engagement de l'établissement dans une démarche de co-construction du projet d'établissement depuis un an, associant les personnes accompagnées, leurs proches, les professionnels et les partenaires. Les travaux déjà menés (journées de Pôle, identification de piliers, formation à la CAA) témoignent d'une dynamique engagée.</p> <p>Toutefois, le projet d'établissement constitue un document obligatoire (article L.311-8 du CASF), structurant le fonctionnement du service et garant de la qualité des accompagnements. Son actualisation ne peut être différée</p>	Article L311-8 du CASF	E2	1 an

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
			<div style="background-color: black; width: 100%; height: 100px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>Aussi, le délai d'un an de mise en œuvre de cette injonction ne nous paraît pas suffisant au regard de ces éléments.</p>	<p>indéfiniment, y compris en cas de difficultés internes.</p> <div style="background-color: black; width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>Le délai d'un an fixé initialement apparaît proportionné au regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des travaux déjà amorcés depuis 2025, - des éléments structurants déjà identifiés, - et de la nécessité d'un cadre clair pour les équipes et les usagers, <p>En conséquence, le délai d'un an est maintenu pour le projet d'établissement actualisé.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>INJONCTION MAINTENUE</p> </div> <p>Rédiger un nouveau projet d'établissement</p>			
Inj 3	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Disposer d'un règlement de fonctionnement conforme aux attendus de la réglementation <ul style="list-style-type: none"> - 1. Déterminer l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des 	3.1. Actuellement, l'établissement est un accueil de jour ouvert 210 jours par an de 8h45 à 16h du lundi au vendredi principalement et ponctuellement le samedi de 9h à 13h. Dans ce contexte, nous ne comprenons pas cette mesure. Pourriez-vous nous préciser ce que vous	La mission prend note des observations de l'établissement. Toutefois, le règlement de fonctionnement transmis date de 2010. Conformément aux exigences du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ce document doit être régulièrement actualisé (en pratique tous les 5 ans) et adapté aux	Articles R311-33, R311-35, R311-36, R311-	E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9,	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2. Déterminer les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles - 3. Déterminer les modalités de rétablissement des prestations dispensées - 4. Déterminer les dispositions relatives aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur, - 5. Déterminer les prescriptions d'hygiène de vie, - 6. Déterminer les mesures 	<p>attendez de nous pour nous conformer à cette mesure de l'injonction 3 ?</p> <p>3.2. Pouvons-nous simplement faire référence au Plan bleu dans la partie Situations Sanitaires Exceptionnelles du Plan de gestion de crise et de continuité de l'activité que nous avons formalisé dans le cadre de l'évaluation et conformément aux recommandations de la HAS dans son référentiel d'évaluation des ESSMS ?</p> <p>3.3. Nous avons besoin que vous précisez ce que vous attendez de nous concernant ces mesures afin de nous conformer à cette mesure de l'injonction</p> <p>3.7. Nous communiquons chaque année un calendrier annuel aux personnes concernées et à leurs parents. L'établissement est un accueil de jour, la question des visites et des retours en famille ne nous concernent pas.</p> <p>Souhaitez-vous que nous indiquions dans le règlement de fonctionnement qu'un calendrier annuel précisant les jours d'ouverture de l'établissement est transmis aux familles chaque année ?</p> <p>Souhaitez-vous également que nous évoquions le fonctionnement avec la société de transports ?</p>	<p>évolutions de l'établissement. Une révision complète est donc impérative.</p> <p>Les points mentionnés dans l'injonction relèvent des mentions obligatoires prévues par la réglementation, applicables à tous les ESSMS, y compris aux accueils de jour. Ils doivent être déclinés en fonction du fonctionnement propre à l'établissement.</p> <p>3.1. Même en accueil de jour, le règlement doit décrire les espaces collectifs, les zones à accès restreint et leurs conditions d'utilisation, afin de garantir la sécurité et l'information des familles.</p> <p>3.2. Il est possible de faire référence au Plan Bleu ou au plan de continuité d'activité, à condition que le règlement explicite clairement leurs modalités d'application pour les personnes accueillies.</p> <p>3.3. Le règlement doit préciser les modalités de reprise de l'activité après une interruption (crise sanitaire, travaux, panne, intempéries, transports...). Cette mention est obligatoire pour tous les ESSMS.</p> <p>3.7. Pour un accueil de jour, cette rubrique doit être adaptée et préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les périodes d'ouverture et de fermeture annuelles de l'établissement, • les modalités d'absence, 	<p>37, R311-38 du CASF</p>	<p>E10, R4</p>	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		concernant les mineurs protégés, - 7. Déterminant les dispositions sur les vacances et visites et retours en famille. - 8. Prévoir dans le règlement de fonctionnement les modalités d'exclusion		<ul style="list-style-type: none"> les conditions d'arrivée et de départ, notamment en lien avec la société de transport, les modalités d'information des familles. <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; margin: 10px 0;"> INJONCTION MAINTENUE </div> <p> Disposer d'un règlement de fonctionnement de moins de 5 ans et conforme aux attendus de la réglementation : <ol style="list-style-type: none"> Déterminer 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, Déterminer les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles Déterminer les modalités de rétablissement des prestations dispensées Déterminer les dispositions relatives aux modalités de délivrance des prestations à l'extérieur, Déterminer les prescriptions d'hygiène de vie, Déterminant les mesures concernant les mineurs protégés, </p>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				7. Déterminant les dispositions sur les vacances et visites et retours en famille. 8. Prévoir dans le règlement de fonctionnement les modalités d'exclusion			
Inj 4	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Concernant le CVS : <ul style="list-style-type: none"> - Transmettre les comptes-rendus du CVS, signé par le Président, aux autorités compétentes - Permettre sur place la consultation CR du CVS par les usagers et les professionnels de la structure - Réaliser un PV d'élection des membres élus du CVS - Mettre à jour la composition des membres du CVS dans le règlement intérieur afin d'inclure les bénévoles et l'organisme gestionnaire 	Nous avons opéré un changement d'organisation du CVS depuis 1 an pour qu'il soit l'instance des personnes concernées plutôt que l'expression exclusive des préoccupations des représentants des familles. La majeure partie des sujets évoqués sont ceux amenés par les personnes concernées. Nous souhaitons poursuivre et aller plus loin dans la transformation des outils d'animation et de traçage de l'instance pour qu'elle soit adaptée aux personnes accompagnées. Le délai exigé de mise en conformité de cette mesure de l'injonction 4 ne nous semble pas possible au regard des moyens humains dont nous disposons actuellement et du climat social qui règne dans l'équipe.	La mission d'inspection prend note de la volonté de l'établissement de faire évoluer le fonctionnement du CVS pour renforcer la place de la parole des personnes accompagnées. Cette évolution est positive et conforme aux orientations nationales. Toutefois, cette démarche interne ne dispense pas l'établissement du respect des obligations réglementaires applicables à tous les ESSMS, prévues aux articles cités du CASF. Les éléments identifiés lors de l'inspection relèvent d'exigences formelles et indispensables au fonctionnement régulier du CVS, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - la transmission des comptes rendus signés aux autorités compétentes, - la possibilité de consultation sur place par les personnes concernées et les professionnels, - la formalisation d'un procès-verbal d'élection des membres élus, 	Articles D311-16, D311-20, D311-32-1, D311-10, D311-13, D311-5 du CASF	E15, E16, E17, E18, E19, R12, R13	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que les comptes-rendus indiquent le patronyme et la fonction de la personne qui les rédige 		<ul style="list-style-type: none"> - la mise à jour du règlement intérieur concernant la composition du CVS, - l'identification du rédacteur des comptes rendus. <p>Ces points relèvent de démarches documentaires simples, qui peuvent être mises en œuvre indépendamment des difficultés internes évoquées. Le climat social et les contraintes organisationnelles ne justifient pas de reporter l'application de ces obligations, lesquelles garantissent la participation effective des personnes accompagnées et la traçabilité des travaux du CVS.</p> <p>En conséquence, le délai fixé est maintenu. L'établissement est invité à se conformer à l'ensemble de ces exigences dans le calendrier prévu.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>INJONCTION MAINTENUE</p> </div> <p>Sur le CVS, sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmettre les comptes-rendus du CVS, signé par le Président, aux autorités compétentes - Permettre sur place la consultation CR du CVS par les usagers et les professionnels de la structure 			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un PV d'élection des membres élus du CVS - Mettre à jour la composition des membres du CVS dans le règlement intérieur afin d'inclure les bénévoles et l'organisme gestionnaire - Veiller à ce que les comptes-rendus indiquent le patronyme et la fonction de la personne qui les rédige 			
Inj 5	1.5- Gouvernance-Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Concernant la gestion des EIGS / réclamations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'une procédure de traitement, de suivi et d'analyse des événements indésirables et des réclamations précisant la définition de chaque type d'événements - Déclarer l'ensemble des événements indésirables graves aux autorités de contrôle - Réaliser le traitement et l'analyse des réclamations 	<p>La procédure EI/EIG/EIGS a été transmise sur la plateforme dédiée lors de l'inspection ; elle a été mise à jour le 19 juin 2025. La procédure de traitement des plaintes et réclamations a également été transmise sur la plateforme.</p> <p>5.2. et 5.3. Nous déclarons l'ensemble des événements indésirables aux autorités de contrôle et réalisons le traitement et l'analyse des réclamations lorsque nous en avons.</p>	<p>L'ARS prend acte éléments remontés. Cependant, la procédure relative aux événements indésirables et aux événements indésirables graves transmise correspond au document de communication de l'ARS sur le Point focal régional pour les événements sanitaires. Ce document ne constitue pas une procédure interne propre à l'établissement, adaptée à son organisation, à ses circuits décisionnels et aux risques spécifiques de son activité. Une procédure interne doit notamment préciser les définitions opérationnelles retenues, les responsabilités, les délais de signalement, les modalités d'analyse et les modalités de retour d'expérience.</p> <p>Concernant la déclaration des EIG, l'affirmation selon laquelle l'établissement déclare l'ensemble des événements indésirables graves aux autorités ne peut être vérifiée en l'absence d'une procédure permettant de cibler les EIG à déclarer.</p>	L311-3 et L331-8-1 du CASF	E25, E26, R19, R20	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>Certains éléments ne sont donc pas déclarés (cf page 39 du rapport d'inspection).</p> <p>S'agissant des réclamations, la mission ne retrouve aucune trace de la procédure. Elle invite l'établissement à la communiquer de nouveau.</p> <p>En conséquence, la mise en conformité reste attendue sur l'ensemble des points de l'injonction, notamment la formalisation d'une procédure interne adaptée.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> INJONCTION MAINTENUE </div> <p>Sur le EI/EIG/EIGS/EIGAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'une procédure interne de traitement, de suivi et d'analyse des événements indésirables et des réclamations précisant la définition que chaque type d'événements - À la suite de la mise en place de la procédure interne, déclarer l'ensemble des événements indésirables graves aux autorités de contrôle - Communiquer la procédure interne liée aux réclamations afin de constater le bon traitement de celles-ci. 			
Inj 6	2.1- Fonctions support-	Justifier de la recherche d'un personnel médical au sein de l'établissement	Au départ du médecin généraliste en janvier 2024 nous avons mis en ligne une annonce pour recruter un nouveau	La mission d'inspection prend note des éléments déclaratifs transmis par l'établissement concernant les démarches	Article D312-21	E27	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	Gestion des RH	conformément au tableau des effectifs	<p>médecin. Nous avons eu quelques candidatures inadaptées et/ou non concluantes. Nous avons envisagé plusieurs autres pistes pour trouver une solution : mettre en place des téléconsultations, recruter un Infirmier en Pratique Avancée, accompagner l'évolution de l'IDE de l'établissement en IPA. Aucune de ces pistes n'a abouti pour le moment.</p>	<p>engagées depuis le départ du médecin en janvier 2024. Toutefois, aucune pièce justificative n'a été fournie permettant d'attester :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la publication d'offres d'emploi (copie d'annonce, date de mise en ligne, plateformes utilisées), - des candidatures reçues et de leur analyse, - de la sollicitation éventuelle de réseaux professionnels ou de structures de recrutement, - de démarches concrètes relatives aux pistes alternatives évoquées (téléconsultation, recrutement d'un IPA, projet de formation d'un IDE vers un niveau IPA). <p>En l'absence de documents probants, la réalité d'une recherche active et continue d'un personnel médical, conforme au tableau des effectifs, ne peut être vérifiée. L'établissement devra transmettre l'ensemble des justificatifs attestant des actions menées et du suivi effectif du recrutement.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; margin-top: 20px;"> INJONCTION MAINTENUE </div>	du CASF		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				Justifier de la recherche d'un personnel médical au sein de l'établissement conformément au tableau des effectifs			
Inj 7	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	Transmettre les attestations d'inscription à jour à l'ordre des infirmiers de tous professionnels concernés		<p>L'établissement n'a pas communiqué d'élément. L'injonction est donc maintenue.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">INJONCTION MAINTENUE</div> <p>Transmettre les attestations d'inscription à jour à l'ordre des infirmiers de tous professionnels concernés</p>	Article L4311-15 du CSP	E28	1 mois
Inj 8	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	<p>Concernant les dossiers RH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer systématiquement d'une fiche d'aptitude de la médecine du travail pour tous les salariés - Justifier et s'assurer de la vérification systématique du bulletin 3 du casier judiciaire de l'ensemble des professionnels de la structure 	<p>Les fiches d'aptitudes de la médecine du travail sont accessibles sur le portail dédié et un tableau de suivi RH permet de savoir quand a eu lieu la dernière visite.</p> <p>Idem pour la vérification du B3.</p>	<p>La mission d'inspection prend note des indications transmises concernant l'accessibilité des fiches d'aptitude via un portail numérique ainsi que l'existence d'un tableau de suivi RH des visites médicales et des vérifications du bulletin n°3 du casier judiciaire.</p> <p>Toutefois, aucune pièce justificative n'a été fournie lors de l'inspection ou dans le cadre du contradictoire permettant de vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la présence effective d'une fiche d'aptitude pour chaque salarié et de la mise à jour du suivi des visites médicales, - la réalisation systématique des vérifications du bulletin 	Articles D312-34, L133-6 du CASF	E29, E30, R23	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>n°3 pour l'ensemble des professionnels et la traçabilité de ces vérifications.</p> <p>La seule mention de l'existence d'un portail ou d'un tableau interne ne permet pas de démontrer la conformité de la structure sur ces points, qui relèvent d'obligations légales en matière de protection des usagers et de gestion des ressources humaines.</p> <p>L'établissement devra transmettre les éléments de preuve demandés afin de justifier du respect des obligations réglementaires.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; margin: 10px 0;"> INJONCTION MAINTENUE </div> <p>Disposer systématiquement d'une fiche d'aptitude de la médecine du travail pour tous les salariés</p> <p>Justifier et s'assurer de la vérification systématique du bulletin 3 du casier judiciaire de l'ensemble des professionnels de la structure</p>			
Inj 9	2.3- Fonction support-Gestion	Dossier de l'utilisateur et le PAI : <ul style="list-style-type: none"> - Inclure et justifier la présence ou la 	Nous sommes actuellement en train de déployer le Dossier Unique Individualisé via un outil numérique et n'avoir plus qu'un support pour centraliser les informations	La mission d'inspection prend note du déploiement en cours d'un Dossier Unique Individualisé et du projet d'actualisation de la procédure PPA intégrant la nomenclature SERAFIN-PH. Toutefois,	Articles D312-37, L311-3 et D312-	E22, E34, E35, E50, R29	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	d'informations	<p>bonne communication de l'ensemble des documents légaux qui concernent l'utilisateur dans le dossier de l'utilisateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des comptes-rendus mis à disposition dans le dossier de l'utilisateur - Actualiser une procédure d'élaboration et de suivi des projets personnalisés d'accompagnement - Mettre en place une organisation afin que les utilisateurs et leurs familles soient associés à la mise en place de leur PIA 	<p>concernant l'accompagnement de personnes accueillies.</p> <p>L'actualisation de la procédure d'élaboration et de suivi des PPA et la co-construction de celui-ci avec les personnes concernées et leur proche dans un format accessible et en intégrant la nomenclature SERAFIN-PH est prévue. En revanche, le climat social ne nous permettra pas de réaliser cette injonction dans le délai demandé.</p>	<p>ces projets ne répondent pas aux constats effectués lors de l'inspection.</p> <p>Les éléments de l'injonction portent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la présence effective de l'ensemble des documents légaux dans chaque dossier, - la réalisation et l'intégration régulière de comptes rendus d'équipe, - la formalisation d'une procédure interne complète d'élaboration et de suivi des PPA, - l'association effective des personnes accompagnées et de leurs familles, - la validation des PPA en équipe pluridisciplinaire. <p>Ces obligations sont indépendantes du déploiement de l'outil DUI et ne sont pas conditionnées par le climat social interne. Elles relèvent du fonctionnement courant de l'établissement et de la qualité de l'accompagnement.</p> <p>En l'absence d'éléments transmis permettant d'attester la mise en conformité sur ces points, la mesure est donc maintenue. L'établissement devra produire l'ensemble des documents et justifications attendus.</p>	19 du CASF		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - Valider les projets personnalisés d'accompagnement en équipe pluridisciplinaire 		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;"> INJONCTION MAINTENUE </div> <p>Sur les points suivants :</p> <p>9.1. Garantir la présence dans chaque dossier usager de l'ensemble des documents légaux obligatoires, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notification MDPH, - Décision d'admission, - Autorisation de soins, autorité parentale / pièces civiles, - PPA en cours et passés, - Comptes rendus de réunions, - Mettre en place un formulaire de remise des documents obligatoires (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, etc.), signé par le cadre en charge de l'admission et par le représentant légal ou l'usager, et l'intégrer au dossier de la personne accompagnée. 			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>Communiquer à la mission une feuille de suivi des dossiers actualisés et le formulaire vierge mis en place.</p> <p>9.2. Assurer la traçabilité des accompagnements par la réalisation et l'intégration systématique de comptes rendus d'équipe et comptes rendus d'entretiens.</p> <p>Communiquer à la mission une feuille de suivi des dossiers actualisés avec les CR dans le dossier usager.</p> <p>9.3. Actualiser et transmettre une procédure interne complète d'élaboration, de suivi et d'évaluation du PPA (rôles, échéances, révisions, réunions, traçabilité, format attendus).</p> <p>9.4. Mettre en place une organisation permettant la participation effective des usagers et/ou de leurs familles à chaque étape du PPA : préparation, construction, validation, révision.</p> <p>9.5. Assurer la validation et la mise à jour des PPA en équipe pluridisciplinaire, avec traçabilité écrite dans les dossiers. Envoyer à la mission d'inspection le tableau prévisionnel de 2026.</p>			
Inj 10	2.4- Fonction support-Bâtiments,	Concernant les locaux : - 1. Disposer d'un espace permettant la	10.2. Disposer d'un cabinet médical équipé avec une salle d'attente n'est pas le projet de l'établissement au regard des besoins des personnes concernées et de l'espace	La mission prend acte de l'élément remonté pour le 10.2. Cette partie est levée.	Articles D3112-27, D312-	E37, E39, E40, E41,	1 an

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	espaces extérieurs, équipements	formation professionnelle des usagers - 2. Disposer d'un cabinet médical équipé et, si possible, précédé d'une salle d'attente au sein de l'établissement - 3. Retravailler l'organisation des locaux afin de ne pas pénétrer dans la cuisine thérapeutique par la buanderie - 4. Justifier du maintien de la propreté des locaux	disponible dans les locaux. Il existe une infirmerie pour prodiguer les soins. Le poste de médecin à 0,28 ETP est vacant depuis janvier 2024. Nous privilégions un accompagnement à fréquenter le cabinet médical du médecin traitant et ou les lieux de soins habituels et choisis par les personnes concernées.	L'injonction reste maintenue pour les points suivants. INJONCTION PARTIELLEMENT LEVEE Sur la partie 10.2. <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> INJONCTION MAINTENUE </div> Concernant les locaux : 1. Disposer d'un espace permettant la formation professionnelle des usagers 3. Retravailler l'organisation des locaux afin de ne pas pénétrer dans la cuisine thérapeutique par la buanderie 4. Justifier du maintien de la propreté des locaux	33, D312-32 du CASF	E64, E65, E66, R26	
Inj 11	2.5- Fonction support-Sécurité	Concernant la sécurité des locaux : - 1. Justifier de la sécurisation de l'accès des objets (type mixeur) et des	11.2. Nous n'avons pas un volume de déchets médicaux qui nécessite d'avoir un local dédié Dasri (inférieur à 15 kg/mois). Les DASRI sont entreposés à l'infirmerie, de manière clairement identifiée, avant d'être récupérés par l'entreprise.	11.2 L'ARS prend note que la production de déchets d'activités de soins est inférieure à 15 kg/mois, ce qui ne rend pas obligatoire la présence d'un local DASRI dédié. L'entreposage identifié et sécurisé au sein de l'infirmerie est conforme aux exigences réglementaires pour ce volume. Cette partie de l'injonction est levée, sous	Articles L311-3 du CASF, R5132-26 et R5132-80 du	E38, E42, E67, E68, E69, E43	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - ustensiles (type couteaux) dangereux dans la cuisine - 2. Disposer d'un local DASRI, le cas échéant d'un emplacement sécurisé pour les déchets DASRI - 3. Garantir la sécurité des locaux techniques telle que l'infirmierie. - 4. Garantir le stockage sécurisé des substances vénéneuses - 5. Sécuriser le stockage des substances ou des préparations classées comme stupéfiants dans un coffre ou une armoire 	<p>11.3. L'accès à l'infirmierie est sécurisé par une clé et un verrou qui n'a pas vocation à disparaître.</p> <p>11.6. L'IME le Rondo est un établissement de type R classé en 5ème catégorie. Nous ne parvenons pas à retrouver le PV de la commission de sécurité dans les archives de l'établissement. Nous avons sollicité le SDIS pour savoir s'ils en avaient une copie. Je vais également solliciter Madame Thobor afin de savoir si la DD78-ARS n'en a pas un exemplaire. Dans le cas où nous ne retrouvons pas le PV, nous solliciterons le maire de Versailles pour organiser une nouvelle commission de sécurité.</p>	<p>réserve du maintien d'un stockage sécurisé et non accessible au public.</p> <p>11.3. Le rapport d'inspection, pages 75 et 76, explique : « <i>La porte du local de soins est sécurisé par une clé avec un pass et un verrou à code. Le verrou à code a vocation à disparaître. Cependant, tous les professionnels de la structure ont accès à la pharmacie. La réserve à pharmacie (médicaments) est fermée par une clé qui, cachée sous la paillasse, est connue de l'ensemble des professionnels travaillant au sein de la structure, personnels non soignants inclus.</i> »</p> <p>La mission d'inspection demande ainsi à l'établissement de sécuriser la réserve à pharmacie afin que la clé ne soit pas accessible à l'ensemble des personnels, non soignants inclus. L'établissement devra également communiquer une feuille des personnes habilitées à rentrer dans l'infirmierie et à connaître le code. Si le code est connu de l'ensemble des professionnels, non soignants inclus, le code devra alors être modifié.</p> <p>11.6. L'établissement indique ne pas être en mesure de retrouver le procès-verbal de la dernière commission de sécurité et signale avoir sollicité le SDIS et la</p>	<p>CASP et arrêté du 7 septembre 1999</p>		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>exclusivement dédiée et sécurisée</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6. Transmettre le PV de la commission de sécurité 		<p>DD(ARS) pour en obtenir une copie. L'éventualité de solliciter la mairie pour organiser une nouvelle commission est également évoquée.</p> <p>Toutefois, à ce stade, aucun document n'a été transmis permettant de vérifier la conformité de l'établissement au regard des prescriptions de sécurité incendie. Le point 11.6 est maintenu, l'établissement devant transmettre soit le PV existant, soit la preuve de la demande d'une nouvelle commission, puis le PV résultant de celle-ci.</p> <p>INJONCTION PARTIELLEMENT LEVEE Sur la partie 11.2.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>INJONCTION MAINTENUE</p> </div> <p>Concernant la sécurité des locaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Justifier de la sécurisation de l'accès des objets (type mixeur) et des ustensiles (type couteaux) dangereux dans la cuisine 3. Garantir la sécurité des locaux techniques telle que l'infirmerie. 4. Garantir le stockage sécurisé des substances vénéneuses 			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>5. Sécuriser le stockage des substances ou des préparations classées comme stupéfiants dans un coffre ou une armoire exclusivement dédiée et sécurisée</p> <p>6. Transmettre le PV de la commission de sécurité</p>			
Inj 12	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	<p>Concernant l'alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Justifier la prescription des régimes alimentaires et des textures modifiées par un médecin au sein de l'établissement - Réaliser une commission des menus de façon régulière 	<p>Au regard du climat social actuel de l'équipe et des multiples enjeux dans l'établissement (transformation de l'offre MS, accompagnement aux changements de pratiques professionnelles, gestion des comportements dévifs, formation des salariés, etc.) le délai demandé par cette injonction ne nous paraît pas tenable. Nous demandons à pouvoir différer cette injonction au retour d'un climat social apaisé.</p>	<p>La mission prend note du contexte interne évoqué par l'établissement. Toutefois, les mesures demandées au titre de cette injonction relèvent d'obligations essentielles en matière de santé, de sécurité et de qualité de l'accompagnement.</p> <p>La prescription des régimes alimentaires et des textures modifiées constitue une exigence de sécurité alimentaire et de sécurité des soins. Elle ne peut être différée ou conditionnée par le climat social interne. L'établissement devra être en mesure de produire, pour chaque usager concerné, une prescription médicale en cours de validité ou un document médical équivalent.</p> <p>La mise en place d'une commission des menus relève d'une organisation simple, proportionnée à la taille de la structure, qui peut être assurée même dans un contexte de tensions internes. Elle participe à la qualité nutritionnelle, à la prévention des risques et à la participation des usagers.</p>	Article 311-3, D312-22 du CASF	E56, E57	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>En l'absence de justificatifs permettant de démontrer la mise en œuvre de ces obligations, le délai fixé est maintenu et la mesure reste applicable.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> INJONCTION MAINTENUE </div> <p>Concernant l'alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Justifier la prescription des régimes alimentaires et des textures modifiées par un médecin au sein de l'établissement - Réaliser une commission des menus de façon régulière 			
Inj 13	3.8-Prise en charge- Soins	<p>Concernant la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Disposer d'un défibrillateur automatisé externe accessible - 2. Disposer d'une trousse d'urgence principale - 3. Disposer de matériel d'oxygénothérapie 	<p>13.1. Une réunion de l'aménagement des nouveaux espaces créée est prévue le 4 février 2026 pour décider du lieu le plus approprié pour installer l'appareil que nous avons déjà acheté. Une sensibilisation de l'équipe sera organisée en réunion à l'issue de l'installation de l'appareil. Nous nous conformerons à cette injonction dans le premier trimestre 2026.</p> <p>13.2. et 13.3. Nous ne disposons pas de matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration aujourd'hui. Au regard du profil médical des personnes accueillies en journée dans l'établissement, nous sommes surpris de devoir détenir ce type de matériel. Nous allons étudier cette question avec l'infirmière de l'établissement et des</p>	<p>13.1. La mission prend note de l'acquisition du défibrillateur et de son installation programmée. La mesure pourra être levée à réception des justificatifs attestant de l'installation effective et de l'information de l'équipe.</p> <p>13.2. et 13.3. La mission d'inspection prend acte et lève ces deux parties de l'injonction.</p> <p>13.6. La mission prend acte. La partie 13.6 est transformée en prescription avec un délai d'un an. Cf prescription 13.</p>	<p>Article L311-3, D312-13 et D312-74, L311-8 du CASF, Articles L4321-1, L5212-1 du CSP</p> <p>Recommandations de l'HAS «</p>	E70, E70, E74, E75, E76, E77, E31, E60, R30, R34	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>pie et d'aspiration</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4. Former les professionnels de soins à l'oxygénothérapie et à l'aspiration - 5. Garantir la vérification des matériels de pesée et en assurer le suivi - 6. Assurer que les actes de rééducations réalisés au sein de la structure sont prescrits par un médecin - 7. Organiser et justifier une continuité des soins en vérifiant les professionnels diplômés nécessaires à chaque moment de la journée 	<p>moyens financiers et humains nécessaires pour le déployer.</p> <p>13.6. Se conformer à cette injonction en l'absence de médecin dans l'établissement implique de solliciter les familles pour bénéficier de prescriptions de rééducation dans l'établissement par le médecin traitant des personnes concernées. Le délai de 4 mois prévu pour nous conformer à cette injonction nous paraît trop court au regard du contexte et de la difficulté que nous rencontrons déjà pour mobiliser des médecins libéraux. Nous demandons à différer d'un an et quatre mois cette mise en conformité afin de l'organiser dans le cadre du renouvellement des PPA.</p> <p>13.7. Le contrôle des diplômes s'effectue lors du recrutement des salariés.</p> <p>13.9. L'établissement dispose d'une procédure de sécurisation du circuit du médicament et sur les Accidents d'Exposition au Sang, crise d'asthme, crise convulsive, fausse route et hyperthermie. Pourriez-vous nous transmettre la liste exhaustive des procédures et protocoles de soins attendus pour nous conformer à cette mesure de l'injonction ?</p>	<p>13.7. La simple vérification des diplômes lors du recrutement ne permet pas d'attester de la continuité effective des soins. L'établissement devra produire une pièce justificative permettant de démontrer la présence quotidienne de professionnels habilités (planning, tableau de correspondance diplôme/poste, organisation en cas d'absence). La mesure est maintenue.</p> <p>13.9. Les protocoles de soins doivent couvrir l'ensemble des risques identifiés au sein de l'établissement. Il n'existe pas de liste exhaustive nationale ; ils doivent être adaptés au profil des usagers accueillis (urgences vitales, troubles épileptiques, troubles de déglutition, situations à risque). L'établissement devra transmettre les protocoles nécessaires à la sécurité des usagers. La mesure est maintenue.</p> <p>INJONCTION PARTIELLEMENT LEVEE Sur les parties 13.2, 13.3 et 13.6.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> INJONCTION MAINTENUE </div> <p>Concernant la prise en charge :</p>	<p>Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité »</p>		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - 8. Travail sur les contentions : mettre en place une procédure, prescrire et évaluer les contentions - 9. Justifier de la mise en place de protocoles ou de procédures de soins 		<p>1. Disposer d'un défibrillateur automatisé externe accessible</p> <p>4. Former les professionnels de soins à l'oxygénothérapie et à l'aspiration</p> <p>5. Garantir la vérification des matériels de pesée et en assurer le suivi</p> <p>6. Assurer que les actes de rééducations réalisés au sein de la structure sont prescrits par un médecin</p> <p>7. Organiser et justifier une continuité des soins en vérifiant les professionnels diplômés nécessaires à chaque moment de la journée</p> <p>8. Travail sur les contentions : mettre en place une procédure, prescrire et évaluer les contentions</p> <p>9. Justifier de la mise en place de protocoles ou de procédures de soins</p>			

Prescriptions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Pres c 1	1.2- Gouvernance-	Justifier d'un plan bleu	Conformément au référentiel d'évaluation HAS, un Plan de gestion de crise et de continuité de l'activité - Situations	La mission prend acte des documents transmis en pièces jointes au mail du 6 juin 2025, intitulés « Plan de préparation	Article L311-8	E11	1 an

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	Management et Stratégie		Sanitaires Exceptionnelles vous a été transmis lors de l'inspection. Ce document correspond au Plan bleu.	<p>et de gestion de crise » et « Tableau récapitulatif des risques ». Ces documents constituent une base de travail mais ne peuvent être considérés comme un Plan bleu finalisé et opérationnel pour les motifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les documents portent un filigrane "document de travail", - Les pages dédiées à la validation, datation et suivi des modifications ne sont pas renseignées, - Aucun élément ne démontre la présentation du plan au CVS ou au CSE, ni sa diffusion auprès des professionnels, - Aucune validation formelle par la direction. <p>En conséquence, la mesure est maintenue car l'établissement ne justifie pas d'un plan bleu consolidé. Pour rappel, le Plan bleu doit faire l'objet d'une révision régulière, au minimum chaque année. L'établissement devra produire un Plan bleu finalisé, daté, validé par la direction, présenté aux instances, et diffusé aux professionnels.</p>	du CASF		

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">PRESCRIPTION MAINTENUE</div> Justifier et communiquer un plan bleu conforme et à jour.			
Pres c 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Concernant les ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Transmettre un document unique de délégation - 2. Formaliser précisément les missions et responsabilités du directeur et de chaque professionnel - 3. Formaliser les entretiens professionnels afin de suivre l'évolution des professionnels - 4. Revoir l'organisation en cas d'absence du directeur 	<p>2.1. Le document a été transmis sur la plateforme dédiée le jour de l'inspection.</p> <p>2.2. Des fiches de postes existent et sont mises à disposition des salariés dans un classeur. Elles ont été actualisées entre 2022 et 2023.</p> <p>La réorganisation du Pôle actée en 2023 suite à la filiarisation de 2022 nécessitera de les réactualiser.</p> <p>Le climat social actuel de l'établissement ne permettra pas de réaliser cette mesure dans le délai exigé.</p> <p>2.3. Les entretiens d'évaluation et professionnel des salariés ont lieu chaque année sur un outil numérique dédié.</p> <p>2.4. En l'absence du directeur, il est prévu que le directeur de territoire prenne le relais. Et en cas d'absence de celui-ci, c'est la directrice de la filière qui prend le relais Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par "réorganisation en cas d'absence du directeur" ?</p> <p>2.5. Les comptes-rendus de réunions (CODIR, COMEX et COPIL) sont réalisés en version numérique et mis à disposition</p>	<p>2.1. La mission prend acte de la remontée de l'établissement. L'injonction 2.1. est levée.</p> <p>2.2. La mission prend acte de l'existence de fiches de poste actualisées en 2022–2023 et de la nécessité de les réviser à la suite de la réorganisation du Pôle. Toutefois, aucune fiche de poste actualisée ne figure dans les pièces transmises. Les obligations relatives à la formalisation des missions et responsabilités étant indépendantes du climat social interne, la mesure est maintenue.</p> <p>2.3. L'établissement indique que les entretiens sont réalisés annuellement via un outil numérique. Aucun extrait, tableau de suivi ou élément de traçabilité n'a été transmis permettant d'attester la réalisation effective de ces entretiens, conformément aux obligations légales biennales. La mesure est donc maintenue.</p>	Articles D312-176-5, L311-3 du CASF Arrêté du 24 avril 2002	E12, E13, E61, R6, R7, R21, R22, R23, R24, R25	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> - 5. Revoir l'organisation de la diffusion et du suivi des comptes-rendus de réunion CODIR / COMEX / COFIL - 6. Se doter d'un document permettant d'analyser le taux d'absentéisme des professionnels de l'établissement - 7. Transmettre une procédure d'accueil des nouveaux salariés 	<p>sur un drive partagé dédié avec accès sécurisés.</p>	<p>2.4. L'ARS prend note de l'intérim exercé par le directeur territorial ou, à défaut, par la directrice de filière. Toutefois, cette organisation n'est pas formalisée au sein de l'établissement et ne précise pas les délégations opérationnelles nécessaires au fonctionnement quotidien, notamment en matière de sécurité, de signature et de coordination.</p> <p>L'établissement devra formaliser une note interne définissant l'organisation en cas d'absence du directeur. La mesure est maintenue.</p> <p>2.5. La mission prend acte des remontées de l'établissement et lève l'injonction 2.5.</p> <p>Aucun élément remonté pour 2.6. et 2.7.</p> <p style="text-align: center;">PRESCRIPTION PARTIELLEMENT LEVEE</p> <p>Pour les parties 2.1. et 2.5.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>PRESCRIPTION MAINTENUE</p> </div> <p>Sur les ressources humaines :</p> <p>2. Formaliser précisément les missions et responsabilités du directeur et de chaque professionnel</p>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>3. Formaliser les entretiens professionnels afin de suivre l'évolution des professionnels</p> <p>4. Revoir l'organisation en cas d'absence du directeur</p> <p>6. Se doter d'un document permettant d'analyser le taux d'absentéisme des professionnels de l'établissement</p> <p>7. Transmettre une procédure d'accueil des nouveaux salariés</p>			
Pres c 3	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Concernant les affichages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que les affichages réglementaires de la loi 2002-2 soient également visibles des usagers et de leurs proches - Veiller à afficher le règlement intérieur sur le panneau d'information principal - Veiller à afficher l'organigramme 		<p>L'établissement n'a pas effectué de remontées concernant la prescription 3.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">PRESCRIPTION MAINTENUE</div> <p>Concernant les affichages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que les affichages réglementaires de la loi 2002-2 soient également visibles des usagers et de leurs proches - Veiller à afficher le règlement intérieur sur le panneau d'information principal - Veiller à afficher l'organigramme <p>Communiquer à la mission d'inspection les photos des affichages.</p>	Article L311-4, L311-5 du CASF	E14, E51 R3, R5, R10, R11	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Pres c 4	1.4- Gouvernance-Gestion de la qualité	<p>Concernant la qualité et la bientraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Mettre en place une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance - 2. Former les professionnels à la thématique de la prévention de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance - 3. Mettre en place des temps d'échange, d'analyse et de formation en petits groupes pluriprofessionnels afin de permettre une prise de conscience globale des 	<p>4.1. Nous sommes déjà engagés dans la mise en place d'une démarche interne de prévention et de lutte contre les maltraitements dans le cadre de la démarche qualité et en lien avec le Département Qualité du siège.</p> <p>Comme précisé dans le courrier, nous nous mobilisons pleinement pour apaiser un climat social dégradé qui ne permet pas d'avancer sur cette mesure. Aussi, nous vous demandons un allongement du délai de mise en conformité de cette mesure de la prescription 4.</p> <p>4.3. Nous ne sommes pas en capacité de mettre en place cette mesure dans le délai imparti en raison du climat social actuel dans l'établissement des moyens humains et financiers dont nous disposons.</p> <p>4.6. Jusqu'à ce que le climat social se dégrade [REDACTED] deux groupes d'analyse des pratiques étaient proposés toutes les 6 semaines aux accompagnants éducatifs volontaires de l'établissement. En lien avec le département QVCT du siège, nous organisons actuellement la mise en place d'une régulation d'équipe afin d'apaiser les tensions dans l'équipe. A l'issue, il est prévu que l'analyse de pratiques reprenne sous une forme plus adaptée, impliquant</p>	<p>4.1. La mission d'inspection prend note de l'indication selon laquelle une démarche serait engagée avec le Département Qualité du siège. Toutefois, aucun document, plan d'action, référentiel interne, outil de pilotage, référent... n'a été transmis permettant d'attester d'une démarche formalisée et opérationnelle.</p> <p>Le climat social interne, bien qu'entendu, ne peut justifier l'absence de mise en conformité sur un domaine touchant directement à la sécurité, à la dignité et aux droits des usagers. La mesure est donc maintenue.</p> <p>4.3. L'IME indique ne pas avoir la capacité de mettre en place ces temps collectifs en raison du contexte social. Cependant, ces espaces d'échange représentent précisément des mesures de prévention indispensables dans un contexte tendu, et relèvent d'obligations en matière de qualité et de bientraitance. Aucun calendrier, modalité ou planification n'a été transmis. La mesure est maintenue.</p> <p>4.6. La mission prend note de l'existence passée de deux groupes d'analyse de pratiques [REDACTED] et de la préparation actuelle d'une régulation d'équipe. Toutefois, l'analyse de pratiques</p>	Article D311-38-3 du CASF	E20, E21, R9, R15, R16, R17, R18	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>problématiques rencontrées</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4. Formaliser le sujet de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, notamment par une charte de bientraitance - 5. Réaliser des analyses des risques de maltraitance liés à la population accueillie afin de prévenir ces risques - 6. Réaliser des temps d'analyse de pratiques - 7. Formaliser une procédure relative à la déclaration des situations de maltraitances 	<p>tous les salariés intéressés et avec sans doute une fréquence d'une fois par mois.</p> <p>4.7. La procédure de déclaration des situations de maltraitances (dont violences et harcèlement) est intégrée à la procédure de traitement des EI/EIG/EIGS qui vous a été transmise lors de l'inspection.</p>	<p>constitue une modalité distincte de la régulation, et aucun dispositif formalisé, contractualisé ou planifié n'a été transmis. La mesure est maintenue, tout en tenant compte de la dynamique engagée.</p> <p>4.7. L'établissement indique que la procédure de déclaration des maltraitances est intégrée à la procédure EI/EIG/EIGS transmise. Or, le document transmis correspond à un modèle externe du Point focal régional de l'ARS IDF et ne constitue pas une procédure interne détaillant les circuits de déclaration, les interlocuteurs internes et externes, les modalités de protection de la personne, les obligations de signalement et les délais.</p> <p>L'établissement devra formaliser une procédure interne dédiée à la déclaration et au traitement des situations de maltraitance. La mesure est maintenue.</p> <p>De manière générale, la mission d'inspection prend acte de la demande de prolongation de délais et repousse à 6 mois.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; margin-top: 20px;"> PRESCRIPTION MAINTENUE </div>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		(dont violences et harcèlement)		<p>Concernant la qualité et la bientraitance :</p> <p>4.1. Mettre en place une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance</p> <p>4.2. Former les professionnels à la thématique de la prévention de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance</p> <p>4.3. Mettre en place des temps d'échange, d'analyse et de formation en petits groupes pluriprofessionnels afin de permettre une prise de conscience globale des problématiques rencontrées</p> <p>4.4. Formaliser le sujet de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, notamment par une charte de bientraitance</p> <p>4.5. Réaliser des analyses des risques de maltraitance liés à la population accueillie afin de prévenir ces risques</p> <p>4.6. Réaliser des temps d'analyse de pratiques</p> <p>4.7. Formaliser une procédure relative à la déclaration des situations de maltraitements (dont violences et harcèlement)</p>			
Pres c 5	1.4-Gouvernan	Justifier de la bonne information des personnels		L'établissement n'a pas effectué de remontées concernant la prescription 5.	Article L313-24	E24	1 an

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
	ce-Gestion de la qualité	de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">PRESCRIPTION MAINTENUE</div> <p>Justifier de la bonne information des personnels de l'existence d'une protection à destination des lanceurs d'alerte</p>	du CASF		
Pres c 6	1.4- Gouvernance-Gestion de la qualité	Réaliser les procédures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de gestion des comportements problèmes - Procédure formalisant les raisons et les conditions de la limitation de liberté d'aller et venir des résidents - Procédure de la gestion du linge - Procédure de gestion des urgences de l'établissement - Procédure permettant de 	6.2. Pourriez-vous expliciter ce que vous attendez pour cette procédure dans un établissement ouvert 210 jours par an et qui accueille en journée les personnes dans des espaces collectifs ? 6.4. Nous bénéficions d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité conformément aux préconisations de l'HAS. Ce document, qui vous a été transmis lors de l'inspection, n'est pas considéré comme une procédure de gestion des urgences de l'établissement ?	6.2. Lors de l'inspection de l'établissement, plusieurs usagers ont indiqué que certains mineurs étaient autorisés à sortir ou non selon la nature de l'activité proposée. Ces pratiques constituent de fait une limitation de la liberté d'aller et venir, au sens du CASF, même en accueil de jour. Afin d'assurer le respect des droits fondamentaux, la lisibilité des règles internes et la cohérence des pratiques professionnelles, la mission attend que l'établissement formalise une procédure dédiée, précisant : <ul style="list-style-type: none"> - les motifs légitimes pouvant conduire à limiter la liberté d'aller et venir d'un mineur ou d'un usager ; - les conditions de mise en œuvre de ces restrictions (durée, lieux, circonstances, mesures de sécurité) ; - les professionnels habilités à prendre une telle décision ; 	Articles L311-3, L311-0-7, L311-4-1, D312-31 du CASF	E23, E52, E53, E54, E55, E78, R31, R32	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>garantir le respect systématique de la dignité et de l'intimité des personnes accompagnées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure permettant de garantir le respect systématique de la vie affective des usagers 		<ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'information des usagers et des représentants légaux ; - les modalités de traçabilité des mesures prises ; - les garanties de respect des droits, de la dignité et de la sécurité de l'utilisateur. <p>Cette procédure doit permettre à chaque usager, représentant légal et professionnel de connaître clairement ses droits, ses obligations et le cadre dans lequel une restriction peut être envisagée. En conséquence, la mesure est maintenue.</p> <p>6.4. L'établissement indique disposer d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité. Toutefois, ce document porte sur les situations sanitaires exceptionnelles (plan bleu) et ne constitue pas une procédure de gestion des urgences du quotidien.</p> <p>La procédure attendue doit couvrir les situations urgentes susceptibles de survenir dans le fonctionnement quotidien de l'IME (malaise, chute, crise épileptique, incident grave, fugue, mise en danger, accident, réaction allergique sévère, etc.), avec des consignes opérationnelles claires : évaluation de la situation, alertes internes, appel au 15, rôle des</p>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>professionnels, traçabilité, information de la direction et des familles.</p> <p>Le Plan bleu ne répond pas à ces exigences. La mesure est maintenue.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; margin: 10px 0;"> PRESCRIPTION MAINTENUE </div> <p>Réaliser les procédures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de gestion des comportements problèmes - Procédure formalisant les raisons et les conditions de la limitation de liberté d'aller et venir des résidents - Procédure de la gestion du linge - Procédure de gestion des urgences de l'établissement - Procédure permettant de garantir le respect systématique de la dignité et de l'intimité des personnes accompagnées - Procédure permettant de garantir le respect systématique de la vie affective des usagers 			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Pres c 7	2.3- Fonction support- Gestion d'informations	Disposer d'un registre des entrées et des sorties des usagers, signé par le maire Disposer d'un registre des présences quotidiennes tenu à jour	<p>Pourriez-vous nous préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quelle est l'utilité de ce registre ? • la fréquence de signature par le Maire de ce registre ? • si, par délégation, le Maire peut déléguer cette tâche à un de ses adjoints ? <p>Au regard du contexte actuel de l'établissement, nous ne sommes pas en mesure de réaliser cette mesure dans le délai imparti.</p>	<p>Le registre des entrées et des sorties constitue un outil essentiel de traçabilité et de sécurité, permettant d'attester de la présence des usagers accueillis au sein de l'établissement et de garantir la transparence vis-à-vis de la commune, qui demeure compétente pour les obligations de police administrative générale.</p> <p>Ce registre doit être signé par le Maire, ou par un adjoint / conseiller municipal bénéficiant d'une délégation de signature, conformément aux dispositions de l'article L.2122-18 du Code général des collectivités territoriales.</p> <p>La réglementation ne fixe pas de fréquence obligatoire. Une signature trimestrielle ou semestrielle constitue une modalité adaptée.</p> <p>Le registre des présences quotidiennes doit également être tenu à jour de façon systématique, afin d'assurer une traçabilité fiable.</p> <p>La mise en place de ces registres relève d'une démarche simple et immédiate, ne nécessitant ni moyens humains supplémentaires ni réorganisation structurelle. Au regard de ces éléments, le délai d'un mois fixé initialement est maintenu.</p>	Articles L331-2 CASF, R331-5 et D312-40 du CASF.	E32, E33	1 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 5px;">PRESCRIPTION MAINTENUE</p> <p>Disposer d'un registre des entrées et des sorties des usagers, signé par le maire</p> <p>Disposer d'un registre des présences quotidiennes tenu à jour</p>			
Pres c 8	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Informar la MDPH des suites données aux admissions prononcées	Les admissions et mouvement de personnes admises sont renseignés directement sur Via trajectoire, outil socle de l'établissement pour assurer la continuité du parcours. La MDPH y a accès en temps réel.	<p>La mission d'inspection prend acte des éléments. La prescription 8 est levée.</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid green; padding: 5px;">PRESCRIPTION LEVEE</p>	Article R146-36, D312-35, D312-82, D312-97 du CASF	E44	1 mois
Pres c 9	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Concernant le livret d'accueil de l'utilisateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Justifier de la remise du livret d'accueil à chaque résident lors de l'entrée dans l'établissement - 2. Mettre à jour le livret 	Nous remettons déjà le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil aux personnes accueillies. Pourriez-vous nous préciser quelle est la nécessité d'annexer le règlement de fonctionnement au livret d'accueil ?	<p>La mission prend note que l'établissement remet le livret d'accueil ainsi que le règlement de fonctionnement aux personnes accueillies lors de l'admission, conformément aux exigences légales en matière d'information des usagers.</p> <p>Au regard de ces éléments et compte tenu du caractère opérationnel de la diffusion actuelle, la mission considère que l'annexion du règlement de fonctionnement au livret d'accueil</p>	Article L311-4 du CASF	E45, E46, E47	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>d'accueil afin qu'il dispose en annexe de la Charte des droits et libertés</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3. Mettre à jour le livret d'accueil afin qu'il dispose en annexe du règlement de fonctionnement 		<p>n'apparaît pas indispensable pour garantir une information complète des personnes accueillies.</p> <p>En conséquence, la mesure relative à l'annexion du règlement de fonctionnement au livret d'accueil est levée. La mission encourage néanmoins l'établissement à intégrer cet élément directement dans le livret d'accueil, afin de prévenir tout risque d'erreur.</p> <p>Les autres points relatifs au livret d'accueil demeurent attendus. Il est ainsi demandé à l'établissement de transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le livret d'accueil mis à jour, - ainsi qu'une trame vierge permettant de lister les documents remis à l'usager, datée et contresignée par le professionnel en charge de l'admission et par le représentant légal ou l'usager, selon le cas. <p>PRESCRIPTION PARTIELLEMENT LEVEE</p> <p>Pour la partie 9.3.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> <p>PRESCRIPTION MAINTENUE</p> </div>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>Concernant le livret d'accueil de l'utilisateur :</p> <p>9.1. Justifier de la remise du livret d'accueil à chaque résident lors de l'entrée dans l'établissement</p> <p>9.2. Mettre à jour le livret d'accueil afin qu'il dispose en annexe de la Charte des droits et libertés</p>			
Pres c 10	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>Concernant l'utilisateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. S'assurer de la réalisation d'un examen médical complet de tous les enfants une fois par an par un médecin - 2. Disposer d'un DLU à jour et facilement accessible - 3. Disposer d'un registre sanitaire tenu à jour pour l'ensemble des usagers - 4. Travailler et anticiper la sortie de 	<p>10.1. Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par examen médical complet par un médecin ? S'agit-il d'une visite annuelle chez le médecin traitant (généraliste) ou de l'ensemble des médecins et services de soins impliqués dans le suivi des personnes qui contribuent à établir un bilan complet ?</p> <p>10.3. Pourriez-vous préciser de quoi il s'agit dans un établissement ouvert 210 jours par an en accueil de jour ?</p>	<p>10.1. La mission précise que l'exigence porte sur la réalisation, pour chaque usager, d'un examen médical annuel complet effectué par un médecin.</p> <p>Il s'agit d'une consultation générale permettant d'évaluer l'état de santé global de l'enfant ou du jeune (croissance, développement, antécédents, traitements, vaccination, dépistages courants, santé sensorielle, alimentation, sommeil, etc.).</p> <p>Cet examen peut être réalisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par le médecin traitant de l'utilisateur, - ou par un médecin de l'établissement, lorsqu'un poste médical est pourvu. <p>Il ne s'agit pas d'un bilan pluridisciplinaire ou d'un cumul de consultations spécialisées. L'établissement doit être en mesure d'en attester la réalisation annuelle. La mesure est donc maintenue.</p>	Articles D312-12, D312-14, D312-18, L1110-1, D312-33, L311-1 (4°) du CASF	E48, E49, E59, E72, E73, E49, E63, E72, E73, R27, R28	1 an

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
		<p>l'usager dès ses seize ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5. Assurer et justifier pendant trois ans un accompagnement à l'insertion sociale et professionnel suivant la sortie de la personne accompagnée - 6. Mettre en œuvre des actions d'intégration scolaire en milieu ordinaire 		<p>10.3. Le registre sanitaire correspond à un outil interne de suivi des événements de santé concernant les usagers, même en accueil de jour. Il permet notamment de tracer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les soins réalisés dans la journée, - les incidents ou événements de santé, - les conduites à tenir en cas d'urgence, - les éléments sanitaires utiles (allergies, PAI, traitements ponctuels), - les informations nécessaires au suivi éducatif et à la sécurité des personnes accueillies. <p>Il peut prendre la forme d'un cahier, d'un tableau ou d'un module du dossier usager informatisé, à condition d'être tenu à jour et accessible aux professionnels concernés. La mesure est maintenue.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> <p>PRESCRIPTION MAINTENUE</p> </div> <p>Concernant l'usager :</p> <p>10.1. S'assurer de la réalisation d'un examen médical complet de tous les enfants une fois par an par un médecin</p> <p>10.2. Disposer d'un DLU à jour et facilement accessible</p> <p>10.3. Disposer d'un registre sanitaire tenu à jour pour l'ensemble des usagers</p>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
				<p>10.4. Travailler et anticiper la sortie de l'utilisateur dès ses seize ans</p> <p>10.5. Assurer et justifier pendant trois ans un accompagnement à l'insertion sociale et professionnel suivant la sortie de la personne accompagnée</p> <p>10.6. Mettre en œuvre des actions d'intégration scolaire en milieu ordinaire</p>			
Pres c 11	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Justifier d'un planning d'animation individualisé permettant la mise en œuvre d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins de la personne accompagnée		<p>Aucun élément remonté par l'établissement.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">PRESCRIPTION MAINTENUE</div> <p>Justifier d'un planning d'animation individualisé permettant la mise en œuvre d'un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins de la personne accompagnée</p>	Article 311-3 du CASF	E57	4 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Pres c 12	4.2- Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une convention avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile - Formaliser une convention avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste - Formaliser une convention avec une officine de pharmacie - Formaliser des partenariats avec les professionnels libéraux au moyen de convention 		<p>Aucun élément remonté par l'établissement.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; margin: 10px 0;"> PRESCRIPTION MAINTENUE </div> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une convention avec un service hospitalier possédant un service de réanimation, un service d'urgence, un service de psychiatrie infanto-juvénile - Formaliser une convention avec un oto-rhino-laryngologiste, un dentiste ou un stomatologiste - Formaliser une convention avec une officine de pharmacie - Formaliser des partenariats avec les professionnels libéraux au moyen de convention 	<p>Articles L312-7, D312-66, D312-88 et D312-23 du CASF</p> <p>Article L5126-10 II du CSP</p>	E79, E80, E81, R35, R36	1 an

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Réf Rapport	Délai de mise en œuvre
Pres c 13		-		<p>Suite à l'injonction 13.6, l'établissement souhaitait un rallongement de délai. L'injonction devient donc une prescription.</p> <p style="text-align: center;">PRESCRIPTION MAINTENUE</p> <p>Assurer que les actes de rééducations réalisés au sein de la structure sont prescrits par un médecin.</p>	Articles L4321-1 du CSP et D312-13 du CASF	E71	1 an

Recommandations :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision	Texte de référence	Réf Rapport
Reco 1	1.1- Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la	Il est recommandé à l'établissement de travailler sur le taux d'occupation permettant de répondre aux besoins existants du territoire. Il est recommandé à l'établissement d'accueillir des usagers sur les tranches d'âge autorisées afin de répondre au mieux aux besoins du territoire.		<p>Aucun élément remonté par l'établissement.</p> <p style="text-align: center;">RECOMMANDATION MAINTENUE</p> <p>Il est recommandé à l'établissement de travailler sur le taux d'occupation permettant de répondre aux besoins existants du territoire.</p>		R1, R2

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision	Texte de référence	Réf Rapport
	déclaratio n			Il est recommandé à l'établissement d'accueillir des usagers sur les tranches d'âge autorisées afin de répondre au mieux aux besoins du territoire.		
Reco 2	1.4-Gouverna nce- Gestion de la qualité	Mettre en place un COPIL de suivi pour le PACQ afin d'avancer sur les actions prioritaires		Aucun élément remonté par l'établissement. <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> RECOMMANDATION MAINTENUE </div> Mettre en place un COPIL de suivi pour le PACQ afin d'avancer sur les actions prioritaires		R14
Reco 3	3.4-Prise en charge-Vie quotidienn e - Héberge ment	Mettre en place des rencontres régulières avec les chauffeurs afin de faire un bilan des prises en charge		Aucun élément remonté par l'établissement. <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> RECOMMANDATION MAINTENUE </div> Mettre en place des rencontres régulières avec les chauffeurs afin de faire un bilan des prises en charge		R33