

**Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé
Délégation départementale de Paris**

Ville de Paris

Affaire suivie par : [redacted]

Affaire suivie par : [redacted]

Monsieur [redacted]
Président
Autisme en Île-de-France
43 bis rue de Cronstadt
75015 PARIS

Lettre recommandée avec AR
N° 2C 192 925 8425 9

Saint Denis, le [redacted]

Réf :2025_IDF_00011

Objet : Lettre de décision - Inspection du 13 février 2025 au sein de l'EAM SIMONE VEIL - 75015 Paris.

Monsieur le Président,

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'EAM Simone VEIL (FINESS n° 750048753), situé Village St Michel, 5 Allée Eugénie à Paris (75015), en mode inopiné le 13 février 2025 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS) et la ville de Paris.

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, nous vous avons adressé le 15 juillet 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 3 injonctions, 5 prescriptions et 4 recommandations que nous envisagions de vous notifier (cf. annexe).

Vous nous avez transmis le 31 août 2025, une lettre d'accompagnement de vos réponses, et le 15 septembre 2025, les documents justificatifs, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Injonction 1 : Des offres d'emploi afin de recruter un médecin, un ergothérapeute ont été publiées et renouvelées, des alternatives afin d'assurer le suivi médical des usagers ont été déployés, une convention avec un kinésithérapeute a été contractée. L'injonction est modifiée ;
- Prescription 1 : Une mise à jour et en conformité des affichages ainsi que du livret d'accueil a été réalisée. La prescription est modifiée ;
- Prescription 2 : La coordination avec la CDAPH a été formalisée. La prescription est retirée ;
- Prescription 3 : La procédure de sortie à l'insu a été rédigée. La prescription est modifiée ;
- Prescription 4 : La politique de la bientraitance a été intégrée au projet d'établissement. La prescription est modifiée ;
- Prescription 5 : Une procédure et des outils permettant la vérification des diplômes et des inscriptions ordinales ont été développés et mis en œuvre. La prescription est modifiée ;
- Recommandation 4 : Les états des lieux des chambres des usagers ont été réalisés. La recommandation est retirée.

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

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 3 injonctions, 4 prescriptions et 3 recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier et portant sur les points suivants :

- Prise en charge et soins (injonctions 1-2-3) ;
- Gouvernance, stratégie, droit de l'usager (prescriptions 1-3) ;
- Sécurité des personnes (prescription 4, recommandations 1) ;
- Gestion des ressources humaines (prescription 5, recommandations 2-3).

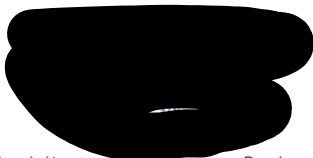
Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS de Paris et à la Ville de Paris, à ars-dd75-medicosocial@ars.sante.fr et DSOL-autonomie-inspection@paris.fr, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

Nous vous rappelons 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 Télérécourse citoyens accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

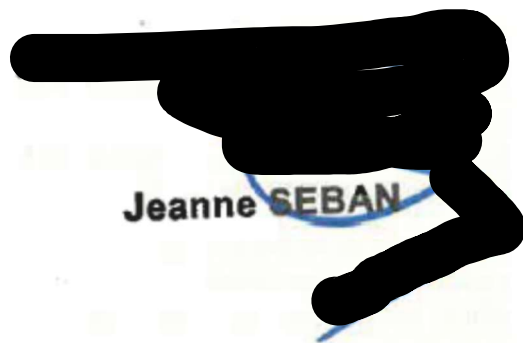
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Signé électroniquement par Denis
ROBIN - Directeur Général
Le 08/10/2025 à 18:10

Pour la Maire de Paris et par délégation



Jeanne SEBAN

Copie :
Madame [redacted]
Directrice
EAM Simone Veil
5 all Eugénie
75015 PARIS

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 13 février 2025 au sein de de l'EAM Simone VEIL (FINESS n° 750048753), situé à Paris (75015).

Injonctions :

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 1 3.8-Prise en charge-Soins	Sécuriser la prise en charge en soin du résident et son suivi permanent au regard de la réglementation et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles en : A. Mettant tout en œuvre pour rechercher et pourvoir les postes vacants de médecin, d'infirmier coordinateur, d'infirmier, d'aide-soignant, de kinésithérapeute, d'ergothérapeute et organiser une continuité de présence des professionnels de soins en semaine, la nuit et le week end. B. Organisant l'encadrement des professionnels de soins par un soignant ou un médecin. C. Organisant systématiquement la prise en charge en soin par une IDE. D. Permettant l'accès à tous les professionnels de soins aux outils et informations sur le réseau informatique (transmissions qui restent partielles encore) et aux protocoles dématérialisés. Il convient de centraliser, tracer toutes les informations au même endroit. E. Formalisant les transmissions orales et écrites entre professionnels de soins, mettant en	Concernant l'injonction 1-3.8 relative à la sécurisation de la prise en charge en soins, nous précisons que l'établissement ne dispose pas de poste de kinésithérapeute dans son tableau des effectifs. En conséquence, nous faisons appel à un professionnel libéral intervenant sur prescription médicale. Deux résidents bénéficieront de ces interventions à compter du 8 septembre 2025, dans le cadre d'une convention formalisée. Par ailleurs, aucun résident ne présente actuellement de troubles de la déglutition, mais nous avons décidé d'anticiper d'éventuelles situations en programmant une formation spécifique destinée à l'ensemble du personnel. Les effectifs soignants comprennent à ce jour un infirmier coordinateur, une infirmière en CDI et une infirmière en CDD, une	Injonction 1 partiellement maintenue. À l'analyse des documents transmis il ressort : <u>Les postes vacants :</u> Des annonces et courriers permettant de diffuser les offres ont été transmis. Les contrats de travail concernant l'IDEC, recruté le 28 avril 2025, l'IDE le 02 mai 2025 ont été transmis. Il y a un effectif total d'un IDEC, et de deux IDE Les devis télémedecine (Intervention prévue sur 42 semaines de l'année pour 3 h semaines pour la coordination et 2 h par quinzaine d'un médecin psychiatre) ne sont pas signés avec la mention <i>bon pour accord</i> et la convention n'a pas été signée. Une convention de collaboration Kinésithérapeute, signée le 1 septembre 2025 pour des résidents ciblés dont la liste n'a pas été transmise. Il reste à recruter un médecin, un médecin psychiatre, un ergothérapeute, un poste d'IDE. L'organisation de la continuité des soins : Un organigramme concernant l'organisation des	L311-3(1) CASF L1110-4 CSP D312-21 CASF R1112-7 CSP R4312-35 CSP	A. 9 mois B. 3 mois C. 3 mois D. 3 mois E. 3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	place un dossier de soins pour chaque résident, et en assurant la traçabilité des soins F. Mettant en place des conditions conformes de prise en charge des urgences (élaboration d'un document de liaison d'urgence (DLU) synthétique et fonctionnel, la formation du personnel aux gestes d'urgence, le chariot d'urgence ou sac d'urgence à mettre en place, le défibrillateur automatique externe) et mettant à disposition le numéro et le protocole d'urgence. G. Élaborant la procédure de prise en charge de la douleur, H. Formant les professionnels aux troubles de la déglutition, à la conduite à tenir en cas de fausses routes, à la prise en charge de la douleur, et aux signes de gravité qui sont à rechercher ou à exclure à la suite d'une chute. I. Assurant l'utilisation de prescriptions médicales en cas de régimes spéciaux Transmettre aux autorités de contrôles et de tarification, les preuves de recherches engagées concernant les postes vacants et les informer sans délai de leur recrutement ; le plan de formation et les attestations de présence des salariés ; les procédures formalisées concernant la traçabilité des soins réalisés, le DLU, la prise en charge de la douleur, la prévention et la gestion des chutes ; les outils déployés pour permettre la traçabilité et l'accès aux dossiers par tous les professionnels de soins (copie d'un dossier anonymisé, copie écran du partage sur le	orthophoniste, quatre (6) aides-soignants et deux salariés en VAE d'aide-soignant. Le poste d'ergothérapeute demeure vacant malgré nos recherches. En ce qui concerne le recrutement médical, une annonce a été diffusée auprès de 300 médecins libéraux. Deux entretiens ont pu être organisés, sans succès. Une convention temporaire a été conclue avec l'IME Notre École, établissement géré par notre Association pour la mise à disposition du Dr AZZAZENE, et nous poursuivons parallèlement l'exploration d'une solution de télé médecine avec l'organisme NEDDIE, avec lequel nous sommes en lien depuis juin 2025, et en bonne voie. La continuité des soins est par ailleurs assurée les soirs, week-ends et jours fériés par un cabinet libéral intervenant dans les deux dispositifs d'hébergement (FAM Hors les Murs et FAM Village). Sur le plan organisationnel, les soins sont assurés par les IDE sous la supervision de l'IDEC. Tous les professionnels disposent d'un accès au logiciel AIRMES ainsi qu'au SharePoint de	soignants a été transmis. Une convention d'intervention (soir, week end et jour férié) concernant l'intervention d'infirmier libéraux sur site en cas de besoin a été transmise. <u>L'organisation de l'encadrement des professionnels de soins :</u> La mise à disposition d'un médecin psychiatre salarié de l'association, à temps partiel sur le FAM va permettre l'organisation des professionnels de soins. La quotité de présence est de 1 fois par semaine sur site afin d'organiser les parcours des usagers. Une fois par mois pour valider les protocoles et la coordination des équipes. L'accès aux logiciels et outils dédiés à la transmission a été créé pour tous les soignants. Aucun élément de preuve concernant les points F, G, H, I n'a été transmis. Injonction 1 : L'établissement doit sécuriser la prise en charge en soins du résident et son suivi permanent au regard de la réglementation et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles en : A. Poursuivant les recherches en cours afin de pourvoir les postes vacants et rendre la composition des équipes		

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	réseau démontrant la nouvelle organisation) ; l'organigramme incluant les liens fonctionnels de l'équipe soignante	l'établissement, garantissant la consultation des protocoles en vigueur. Les transmissions écrites sont intégralement tracées dans AIRMES et des réunions de coordination réunissant IDEC, IDE et aides-soignants se tiennent un mercredi sur deux. Chaque résident dispose désormais d'un dossier de soins informatisé dans lequel les IDE consignent systématiquement les actes réalisés. La plupart des actions prévues à échéance d'un mois sont ainsi déjà mises en œuvre ou en cours d'achèvement, et nous transmettons les preuves correspondantes via BlueFiles.	conforme aux attendus du code de l'action sociale et des familles et du code de la sante publique : médecin de coordination, psychiatre, infirmier. B. Mettant en place des conditions conformes de prise en charge des urgences (élaboration d'un document de liaison d'urgence (DLU) synthétique et fonctionnel, la formation du personnel aux gestes d'urgence, le chariot d'urgence ou sac d'urgence à mettre en place, le défibrillateur automatique externe) et mettant à disposition le numéro et le protocole d'urgence. C. Élaborant la procédure de prise en charge de la douleur, D. Formant les professionnels aux troubles de la déglutition, à la conduite à tenir en cas de fausses routes, à la prise en charge de la douleur, et aux signes de gravité qui sont à rechercher ou à exclure à la suite d'une chute. E. Veillant à la prescription médicale des régimes spéciaux autant que de besoin Transmettre aux autorités de contrôles et de tarification et sans délai au recrutement les contrats de travail, les fiches de poste des médecins et infirmiers recrutés, le plan de formation et les attestations de présence des		

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 2	3.8-Prise en charge-Soins Assurer une prise en charge en soin de l'usager optimisée en : A. Évaluer systématiquement l'usager à l'admission et en effectuant une réévaluation au moins une fois par an. B. Élaborer un projet de soin individualisé et un plan de soin pour chaque résident. C. Uniformiser le contenu des dossiers médicaux et en assurant leur complétude, pour qu'il contienne tous les éléments nécessaires pour assurer une prise en charge sécurisée. D. Assurer notamment en l'absence de médecin salarié de l'établissement que chaque résident ait un médecin traitant. E. Effectuant le suivi de l'état nutritionnel de chaque résident mensuellement. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la procédure permettant d'uniformiser les dossiers médicaux, la liste des usagers avec la mention du médecin traitant, la procédure à mettre en place afin que chaque usager bénéficie d'un projet et d'un plan de soin individualisé, le tableau de suivi mensuel de l'état nutritionnel.	S'agissant de l'injonction 2 relative à l'optimisation de la prise en charge en soins, nous précisons qu'une partie de l'équipe a déjà bénéficié d'une formation AFGSU dans le cadre du plan de formation de l'Association. Cette action est d'ores et déjà effective et n'appelle pas d'autre observation de notre part.	Injonction maintenue. Les éléments transmis par l'établissement concerne une formation AFGSU. Deux devis concernant une formation sur la déglutition ont été transmis mais non validés L'établissement n'a pas transmis les éléments de preuve demandés (la procédure permettant d'uniformiser les dossiers médicaux, la liste des usagers avec la mention du médecin traitant, la procédure à mettre en place afin que chaque usager bénéficie d'un projet et d'un plan de soin individualisé, le tableau de suivi mensuel de l'état nutritionnel). Les éléments de preuve et ces documents restent à transmettre.	L311-3(1-3) CASF	A. 6 mois B. 6 mois C. 6 mois D. 3 mois E. 3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 3	3.8-Prise en charge-Soins Sécuriser le circuit du médicament au regard de la réglementation et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles en : A. Formant les professionnels participant à l'aide à la prise de médicament. B. Assurant la traçabilité systématique sur le support dédié de l'administration des médicaments pour chaque résident et le cas échéant définir les causes de la non-administration pour éviter l'itération. C. Transmettant les prescriptions médicamenteuses à la pharmacie de façon sécurisée dans leur version originale. D. Effectuant une traçabilité quotidienne du relevé de température du réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles et ne dédier ce réfrigérateur qu'à l'usage unique de stockage de médicaments. E. Établissant une liste préférentielle des médicaments par classe thérapeutique. F. Vérifiant systématiquement les dates de péremption des médicaments quel que soit le lieu de stockage. G. Utilisant une liste préétablie afin de constituer le stock de médicaments pour besoins urgents.	Enfin, concernant l'injonction 3 relative à la sécurisation du circuit du médicament, nous confirmons que la traçabilité de l'administration est assurée pour chaque résident sur un support dédié, sous la responsabilité de l'IDEC. Le relevé quotidien des températures du réfrigérateur destiné aux médicaments thermosensibles est réalisé systématiquement. Les dates de péremption sont également vérifiées de manière régulière par l'IDEC, conformément à un protocole formalisé et validé. Ces mesures étant déjà en place, elles ne nécessitent pas de complément.	Injonction maintenue. L'établissement n'a pas fourni les éléments de preuves demandés (le support de formation, les feuilles d'émargement de la formation concernant l'aide à la prise des médicaments, les protocoles définissant la vérification des stocks, des dates de péremption, les outils développés pour assurer la traçabilité du relevé de température, la liste préférentielle des médicaments par classe thérapeutique, la liste des médicaments pour besoins urgents (stock tampon)). Ces éléments de preuve et documents restent à transmettre.	L311-3 CASF D312-33 CASF R5132-13 CSP R5126-108 CSP R5126-109 CSP Article 32 RGPD	A. 3 mois B. 1 mois C. 3 mois D. 1 mois E. 6 mois F. 1 mois G. 3 mois H. 3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	H. Ne constituant pas un stock de médicaments dans des espaces autre que le poste de soins, et notamment dans les unités de vie. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, le support de formation, les feuilles d'émargement de la formation concernant l'aide à la prise des médicaments, les protocoles définissant la vérification des stocks, des dates de péremption, les outils développés pour assurer la traçabilité du relevé de température, la liste préférentielle des médicaments par classe thérapeutique, la liste des médicaments pour besoins urgents (stock tampon)				

Prescriptions :

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 1	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes Garantir les droits des usagers en : A. Mettant en conformité et signant le règlement de fonctionnement. B. Mettant en conformité le registre d'entrée et sortie des usagers et le faisant re parafer par le maire. C. Mettant en conformité et remettant systématiquement le livret d'accueil, la charte des droits et liberté de la personne accueillie dès l'admission.	En réponse à la prescription 1, relative au respect des droits des usagers, nous avons procédé à la mise en conformité des livrets d'accueil de l'ensemble des dispositifs. Ceux-ci,	Prescription partiellement maintenue. L'établissement a procédé à la mise à jour et à la mise en conformité des affichages et du livret d'accueil. L'établissement n'a fourni aucun élément de preuve concernant la signature du registre des entrées et sorties par le maire, l'amélioration des dispositifs d'information aux familles relatifs à la	L 311.3 CASF R331-5 CASF L311-4 CASF D312-32 CASF D311-38-4 CASF HAS « Expression et	

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	D. Affichant les comptes rendus du conseil de vie sociale. E. Affichant la liste des personnes qualifiées du département. F. Améliorant les dispositifs d'information aux familles concernant la désignation de la personne de confiance, et les mesures de protection juridique. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil conforme, mis à jour par type de prise en charge, les modalités choisies déclinées pour s'assurer de la transmission des documents dès l'accueil (signature contre remise, inscription de ces modalités dans le projet de service), la photographie du panneau d'affichage en direction des usagers.	désormais complets, seront présentés au prochain Conseil de Vie Sociale.	désignation de la personne de confiance et les mesures de protection juridique. Prescription 1 L'établissement doit garantir le droit de l'usager en : A. Mettant en conformité le registre d'entrée et sortie des usagers et le faisant reparaître par le maire. B. Améliorant les dispositifs d'information aux familles concernant la désignation de la personne de confiance, et les mesures de protection juridique. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la copie du registre des entrées et de sorties des usagers parafé par le maire, ainsi que la procédure décrivant les modalités choisies et mises en œuvre pour permettre la désignation de la personne de confiance.	participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion social » Recommandation de bonne pratique -2018. HAS « Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique Recommandation de bonne pratique - 2025	A. 6 mois B. 3 mois
Presc 2 3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de	Assurer une coordination et informer systématiquement dès l'admission jusqu'à la fin de prise en charge, la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).	La prescription 2, portant sur l'information systématique de la CDAPH dès l'admission des	Prescription retirée. Un document nommé « 2.4.2 Procédure d'admission » a été transmis. Il intègre les modalités d'articulation et de communication avec la MDPH.	R146-36 CASF	

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
l'admission à la sortie	Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification les modalités de communication avec la MDPH sur un support écrit (par exemple chapitre du projet d'établissement ou procédure d'articulation avec la MDPH, ou les modalités de saisine et de contact pouvant être également inscrite dans le livret d'accueil ou le contrat de séjour).	usagers, a été intégrée au nouveau projet d'établissement, garantissant ainsi un suivi rigoureux de cette procédure.			
Presc 3	Assurer la sécurité du résident en : A. Actualisant le livret d'accueil avec les dispositions obligatoires concernant les mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles. B. Formalisant une procédure anti-fugue et sortie à l'insu. C. Recueillant et traçant systématiquement les protocoles établis par un médecin pour les usagers orientés en salle d'apaisement. D. Faisant viser le protocole de la salle d'apaisement par le conseil de vie sociale (CVS). E. Formant systématiquement les professionnels aux techniques comportementales et aux stratégies d'escalade de la violence et à la gestion des comportements et techniques d'apaisement. F. Assurant systématiquement les vérifications périodiques concernant la légionellose, le contrôle de l'eau. G. Mettant en œuvre les mesures permettant de lever les mesures de la commission de sécurité du 07/12/2023.	La prescription 3, concernant la sécurité, a conduit à la formalisation d'une procédure anti-fugue et à la mise à jour des protocoles relatifs à la salle d'apaisement. Ces protocoles ont été validés par un médecin et seront présentés lors du prochain Conseil de Vie Sociale.	Prescription partiellement maintenue. L'établissement a actualisé le livret d'accueil, il a élaboré une procédure anti-fugue et sortie à l'insu, a actualisé la procédure de la salle d'apaisement. L'établissement n'a pas fourni d'éléments de preuve concernant les points, D, E, F, G. L'établissement doit assurer la sécurité du résident en : A. Faisant viser le protocole de la salle d'apaisement par le conseil de vie sociale (CVS). B. Formant systématiquement les professionnels aux techniques comportementales et aux stratégies d'escalade de la violence et à la gestion des comportements et techniques d'apaisement. C. Assurant systématiquement les vérifications périodiques concernant la légionellose, le contrôle de l'eau.	L311-2-1 CASF L311-3.1 CASF D312-63 CASF Arrêté du 1^{er} Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de productions, stockage et distribution d'eau chaude sanitaire. HAS" Les « comportement s-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et	A. 3 mois B. 6 mois C. 3 mois D. 6 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification la procédure concernant les sorties à l'insu, le protocole de la salle d'apaisement visé par le CVS, le plan de formation incluant la formation en lien avec les comportements défi ou problèmes et à la réalisation de la formation, les feuilles d'émargement, le plan d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires de légionelle, la preuve de la levée des mesures par la commission de sécurité.		D. Mettant en œuvre les mesures permettant de lever les mesures de la commission de sécurité du 07/12/2023. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification le plan de formation incluant la formation en lien avec les comportements défi ou problèmes, les copies des feuilles d'émargement, du plan d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires de légionelles ainsi que la preuve de la levée des mesures par la commission de sécurité.	adultes handicapés- Prévention et Réponses. Recommandati ons de bonne pratique -2018.	
Presc 4	Renforcer la politique de la bientraitance, de la déclaration, du traitement et de l'analyse des événements indésirables au sein de l'établissement en : A. Intégrant au futur projet d'établissement une politique formalisée et les pratiques concrètes de promotion de la bientraitance. B. Formalisant la relation entre la prise en compte des EI, dysfonctionnements et réclamations et la politique d'amélioration continue de la qualité des prises en charge intégrée dans le projet d'établissement. C. Organisant des sessions de formation pour sensibiliser le personnel à la politique, aux procédures et à l'importance de signaler les dysfonctionnements. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, le projet d'établissement, le planning des formations, les	La prescription 4, visant à renforcer la politique de bientraitance et la gestion des événements indésirables, a été intégrée dans le nouveau projet d'établissement sous la forme d'une politique dédiée, assortie d'actions concrètes de prévention et d'analyse.	Prescription partiellement maintenue. L'établissement a fourni un document nommé « 2.5.3 prévention et gestion des risques et prévention de la maltraitance » extrait du projet d'établissement. Il n'a pas remis, le planning des formations, les feuilles d'émargement, le plan d'action indiquant les actions postérieures visant la résolution de l'évènement et d'éviter l'itération des situations indésirables. : L'établissement doit renforcer la politique de la bientraitance, de la déclaration, du traitement et d'analyse des événements indésirables au sein de l'établissement en : A. Formalisant la relation entre la prise en compte des EI, dysfonctionnements et réclamations et la politique d'amélioration continue de la qualité des prises en charge intégrée dans le projet d'établissement.	L311-8 CASF L311-1 CASF HAS « La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », Recommandati on de bonne pratique -2008. HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »,	6 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	feuilles d'émargement, le plan d'action indiquant les actions postérieures visant la résolution de l'évènement et d'éviter l'itération des situations indésirables.		B. Organisant des sessions de formation pour sensibiliser le personnel à la politique, aux procédures et à l'importance de signaler les dysfonctionnements. Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, le planning des formations, les copies des feuilles d'émargement et du plan d'action indiquant les actions postérieures visant la résolution de l'évènement et d'éviter l'itération des situations indésirables.	Recommandation de bonne pratique - (2008).	
Presc 5	2.1-Fonctions support- Gestion des RH Vérifier systématiquement les diplômes, les inscriptions ordinales et ne produire de contrat de travail à des soignants que s'ils sont dépositaires d'un diplôme vérifié, ayant obtenu une autorisation d'exercice en France et une inscription ordinale Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la copie des vérifications des diplômes, ou équivalents certifiés, ainsi que les modalités choisies par l'établissement afin que ces vérifications soient systématiques (tableau de suivi).	Enfin, la prescription 5, portant sur la gestion des ressources humaines, a donné lieu à l'actualisation de la procédure de recrutement. Celle-ci précise désormais les modalités de vérification des diplômes et certifications, ainsi que le suivi opérationnel associé.	La preuve de la vérification des diplômes a été transmise pour les professionnels de soins mais pas de l'inscription ordinale. Un tableau a été mis en place afin d'effectuer le suivi. Prescription partiellement maintenue. L'établissement doit vérifier systématiquement les inscriptions ordinales et ne produire de contrat de travail à des soignants disposant d'un ordre professionnel que s'ils sont dépositaires d'un diplôme vérifié, ayant obtenu une autorisation d'exercice en France et une inscription ordinale Transmettre aux autorités de contrôle et de tarification, la copie des vérifications des diplômes, ou équivalents certifiés, ainsi que les modalités choisies par l'établissement afin que ces	L4311-15 CSP L4341-62 CSP L4391-1 CSP	

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
			vérifications soient systématiques (tableau de suivi).		

Recommandations :

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'inspecté	Décision
Reco 1	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	Il conviendrait de mettre en conformité le circuit du linge au regard des recommandations des bonnes pratiques de la HAS.	Le rappel concernant le circuit du linge a été intégré dans la procédure générale, en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation maintenue , l'établissement n'a pas fourni de documents attestant du rappel effectué.
Reco 2	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Il conviendrait de transmettre les nouvelles fiche de poste à chaque professionnel et les faire signer.	S'agissant des fiches de poste, chaque salarié se verra désormais remettre sa fiche lors de sa prise de fonction. Celle-ci sera signée pour attester de sa réception, et un tableau de suivi a été mis en place afin d'en garantir la traçabilité.	Recommandation maintenue . L'établissement a prévu de faire signer les fiches de poste et un tableau non transmis permettra d'assurer le suivi.
Reco 3	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Il conviendrait de formaliser un livret du nouvel arrivant.	L'organisme gestionnaire n'a pas communiqué de réponse.	Recommandation maintenue .
Reco 4	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Il conviendrait d'inclure dans le dossier du résident, l'état des lieux entrant et sortant du logement occupé par le résident (chambre et appartement).	Enfin, pour répondre à la recommandation relative à l'hébergement, un état des lieux d'entrée et de sortie est désormais systématiquement réalisé et intégré dans le dossier de chaque résident concerné.	Recommandation retirée , l'établissement a fourni un exemple type d'état des lieux et la copie des états des lieux manquants.

