

Inspection régionale autonomie santé

**Délégation départementale
Des Hauts-de-Seine**

Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Monsieur [REDACTED]
Président
APEI Boucle de la Seine
1 boulevard Charles de Gaulle
92700 COLOMBES

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : [REDACTED]

& [REDACTED]
[REDACTED]

Saint-Denis, le 05/02/2026

Lettre recommandée avec AR
N° 2C 197 235 2251 5

Réf : 2025_IDF_00080

Objet : Lettre de décisions - Inspection du 5 mai 2025 au sein du FAM Les Roseaux.

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 du Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) les Roseaux (n° FINESS géographique 920813698) le 5 mai 2025 par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS) et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

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 17 novembre 2025 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 3 injonctions, 16 prescriptions et 19 recommandations que nous envisagions de vous notifier (cf annexe).

Vous nous avez transmis le 5 janvier 2026 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections ont été apportées sur le circuit du médicament, depuis la prescription, le stockage jusqu'à l'administration permettant de répondre à la prescription 12 sur la prise en charge médicamenteuse. Sur le soin, les réponses sont également satisfaisantes pour le dossier de liaison d'urgence, en réponse à la prescription 10. Deux autres procédures ont été rédigées permettant de répondre en partie à la prescription 3 sur le pilotage (mesures de notification des autorités de tutelle de tout changement important dans l'organisation et l'activité de l'établissement) et à la prescription 8 sur l'organisation de la prise en charge dès l'admission.

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, 14 prescriptions et 19 recommandations maintenues en annexe du présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS des Hauts-de-Seine et au Conseil départemental des Hauts-de-Seine, à [REDACTED] et [REDACTED] 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 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.

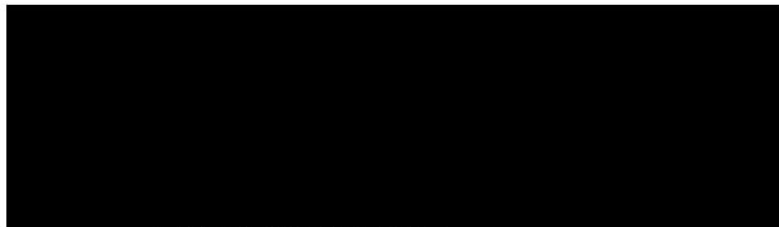
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

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

Le Président du Conseil départemental
Et par délégation
Le directeur général adjoint
Responsable du Pôle Solidarités



Signé électroniquement par Denis
ROBIN - Directeur Général
Le 05/02/2026 à 09:28



Jean-Michel RAPINAT

Copie :

Monsieur [REDACTED]
Directeur du pôle éducation,
hébergement et habitat inclusif
APEI Boucle de la Seine
Directeur de transition du FAM
FAM les Roseaux
24-26 rue Charles PARADINAS
92110 Clichy

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 5 mai 2025 au sein de l'établissement FAM les Roseaux (n° FINESS géographique 920813698), 92110 CLICHY

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Inj 1	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	Mettre à jour et renouveler chaque année les projets d'accompagnement personnalisés de l'ensemble des usagers du FAM. Transmettre un fichier nominatif avec pour chaque usager la date du dernier PAP et la date prévisionnelle du prochain.	L'établissement prend acte de l'élément de preuve attendu dans les 6 mois (fichier nominatif à compléter et à transmettre).	Injonction maintenue	Articles L311-3 (3°) et D344-5-11 du CASF	6 mois
Inj 2	3.8-Prise en charge-Soins	La direction de l'établissement doit garantir un accompagnement médical coordonné pour chaque résident : - En particulier, veiller à ce que chaque résident bénéficie d'un suivi, a minima annuel, de son état bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste. - Organiser l'évaluation de l'état nutritionnel des résidents sur la base du calcul mensuel de l'IMC pour chacun d'entre eux et mettre en place une évaluation régulière de l'albuminémie afin que les troubles nutritionnels soient pris en charge dans les meilleurs délais.	L'établissement retient les actions et éléments de preuve ci-après à mettre en œuvre avec un délai de 3 mois : Actions : - o Réaliser un suivi annuel bucco-dentaire pour chaque personne accompagnée - o Réaliser une évaluation mensuelle de l'IMC et suivi régulier de l'albuminémie de chaque personne accompagnée	Injonction maintenue	Article D344-5-3 du CASF et L 1110-5 du CSP Article L 311-3 du CASF	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	- Systématiquement prescrire dans le dossier médical du résident accompagné les contentions le concernant et tracer les principales conclusions de l'analyse initiale de la balance bénéfique/risque de la mise en place d'une contention physique en équipe pluridisciplinaire ainsi que leur réévaluation. Transmettre les éléments probants : 1. Une convention signée et en cours de validité avec une structure dispensant des soins dentaires aux résidents de l'EAM. Cette convention doit recouvrir les prises en charge urgentes et de contrôle annuel des résidents de l'EAM. 2. Un calendrier de programmation des visites annuelles de contrôle bucco-dentaire. 3. Une preuve de traçabilité dans les dossiers médicaux numérisés des résidents des dates de visites de contrôle bucco-dentaire et de l'état dentaire du résident au moment de sa prise en charge bucco-dentaire. 4. Tableau de bord sur le suivi de l'état nutritionnel avec le suivi des IMC mensuels et des relevés réguliers de l'albuminémie. Des captures d'écran de la prescription de contention pour 3 résidents	- o Organisation de l'évaluation nutritionnelle mensuelle (IMC, albuminémie). - o Mettre en œuvre la prescription/traçabilité des contentions avec analyse bénéfique/risque et réévaluation. Éléments de preuve : - o Convention avec les étudiants de [REDACTED] pour la prévention bucco-dentaire, calendrier des visites, - o Tableaux de bord IMC et albuminémie, - o Captures d'écran des prescriptions de contention.			

	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	- Rédiger une procédure d'évaluation de la douleur ressentie par les usagers adaptée à leurs situations individuelles et capacités d'expression : modalité de son évaluation (i.e. échelle GED-DI, échelle EDAAP), et arbre décisionnel permettant aux soignants d'établir le lien entre le type et l'intensité de la douleur évalués et le type de médicament antalgique à administrer. - Les protocoles nominatifs doivent être individualisés et mentionner le seuil à partir duquel le traitement antalgique peut être administré au résident concerné. - Appliquer cette procédure après formation du personnel soignant et d'accompagnement à son usage et assurer une traçabilité régulière des évaluations de la douleur réalisées. Transmettre la procédure ainsi que les attestations de présence aux formations qui concernent son application, et la copie des évaluations de la douleur réalisées sur 1 mois.	L'établissement retient le plan d'actions suivant à mettre en œuvre dans les 6 mois : Actions : - o Rédaction et adaptation de la procédure de gestion de la douleur (échelles GEDDI/EDAAP, arbre décisionnel). - o Formation des salariés, adaptation aux personnes accompagnées, individualisation des protocoles. - o Application de la procédure et traçabilité régulière des évaluations. • Éléments de preuve : - o Procédure d'évaluation, attestations de formation, copies d'évaluations sur un mois, protocoles individualisés.	Injonction maintenue	Articles L 1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) et R 4311-8 du CSP article D 344-5-3 du CASF (L'établissement 4° Porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique) Article L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) Article R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier et douleur), Guide méthodologique - Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux. HAS - mars 2018. Guide méthodologique - Le déploiement de la bientraitance Les principes de	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				bientraitance, HAS, 2012.	

Prescriptions :

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Finaliser et actualiser le projet d'établissement et le soumettre aux instances pour validation réglementaire Transmettre ce document ainsi que les comptes rendus des instances consultées.	L'établissement prend en compte la mesure demandée et indique le plan d'actions suivant à mettre en œuvre dans les 6 mois : Actions : Finalisation du projet, présentation en CVS, consultation des instances. • Éléments de preuve : Projet d'établissement finalisé, comptes-rendus des instances consultées.	Prescription maintenue	Art L 311-8 du CASF	6 mois
Presc 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	L'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement doivent clarifier le pilotage et l'organisation de l'EAM Les Roseaux en formalisant un organigramme hiérarchique, fonctionnel et nominatif et en révisant les fiches de poste des professionnels en situation d'encadrement hiérarchique ou fonctionnel, notamment sur l'équipe paramédicale et éducative, afin qu'il n'y ait pas de décalage avec la réalité des missions exercées.	L'établissement prend en compte le plan d'actions suivant à réaliser dans les 6 mois : Actions : Élaboration de l'organigramme, révision des fiches de poste, formalisation des missions du psychiatre, intégration au projet d'établissement. • Éléments de preuve : Organigramme, fiches de poste	Prescription maintenue	Article L 311-8 du CASF	6 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		Les missions du médecin psychiatre seront également à formaliser. Ces modalités d'organisation et de fonctionnement devront également figurer dans le projet d'établissement. Transmettre les documents probants.	révisées, extraits du projet d'établissement.			
Presc 3	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	Aviser l'autorité de tutelle de tout changement dans l'organisation et le fonctionnement du FAM, en particulier informer systématiquement des changements de direction. Formaliser par un document unique de délégation (DUD) actualisé les compétences et missions confiées par délégation au directeur. En aviser l'autorité de tutelle et informer le CVS.	L'établissement indique : Mesure envisagée : Établir une procédure de notification, formaliser le DUD, informer le CVS. • Actions : Procédure de notification des autorités de tutelle, information du CVS. • Éléments de preuve : Notification à l'autorité de tutelle, information CVS. • Délai de mise en œuvre : 1 mois (du 01/12/2025 au 01/01/2026) (Document en annexe 1)	Prescription maintenue L'élément de preuve transmis est une procédure datée du 1er décembre 2025 relative à la notification de changement de direction d'un établissement. En l'occurrence, aucune information n'est donnée sur le pilotage du FAM les Roseaux à court, moyen et long terme. Pour mémoire, après le départ du directeur en titre en début d'année, deux directeurs de transition se sont succédés et l'intérim au moment	Article L 313-1 et D 312-176-5 du CASF	1 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
				du contradictoire est assuré par un directeur de pôle du siège.		
Presc 4	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Actualiser et compléter mettre le plan bleu en y : - o incluant le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles - o ajoutant les annexes : Modèle de dossier de liaison d'urgence, trame pour tracer une courbe épidémique et fiche de signalement CORRUSS - o incluant une procédure relative à la sécurisation de l'établissement, - o précisant l'établissement de santé avec lequel une convention a été signée. - o ajoutant la liste des matériels techniques. - o Soumettre pour avis le plan bleu aux instances représentatives du personnel et au CVS Transmettre le document complété avec les CR des instances consultées.	L'établissement reprend les termes de la prescription dans son plan d'actions avec délai à 6 mois.	Prescription maintenue	Article R 311-38-1 du CASF	6 mois
Presc 5	3.2-Prise en charge-Respect des droits et des personnes	Garantir le respect effectif des droits des usagers, par une information adaptée, le recueil de leur consentement ou celui de leurs proches et le respect de la confidentialité des informations les concernant : - Procéder aux affichages obligatoires, en particulier le résultat des enquêtes de satisfaction - Prévoir dans le contrat de séjour, le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement, les modalités de participation de l'utilisateur aux réunions et aux décisions qui le concernent.	L'établissement prend note de la mesure demandée avec un délai de réalisation de 3 mois : Actions : Mise à jour des affichages, inclusion des modalités de participation, mise à jour du livret d'accueil, recueil du consentement, sécurisation des dossiers médicaux.	Prescription maintenue	Article D 311-15 du CASF Article D 344-5-4 du CASF Article L 311-4 du CASF Articles L1110-4 I et R4127-45 I du CSP	3 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		- Inscrire la référence à la charte des droits et libertés de la personne dans le livret d'accueil et la mettre en annexe au livret d'accueil - Mentionner le numéro d'appel national 3977 « Agir contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap » dans le livret d'accueil. - Recueillir par écrit le consentement du résident ou de son représentant légal lors de la mise en place d'une contention Stocker dans un endroit sécurisé les dossiers comportant des données médicales confidentielles	- Éléments de preuve : Photos/attestations d'affichage, documents administratifs mis à jour, livrets d'accueil, consentements écrits, procédures de gestion des dossiers médicaux. - Délai de mise en œuvre : 3 mois (du 01/12/2025 au 01/03/2026)			
Presc 6	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	L'établissement doit s'assurer que l'ensemble des personnels soignants et éducatifs qu'il emploie sont diplômés ou qualifiés, à ce titre, la direction doit s'assurer que : - Tous les salariés (en CDI ou en CDD) aient produit les diplômes correspondant aux fonctions pour lesquels ils sont recrutés ; - Les IDE qui interviennent dans l'établissement soient inscrites à leur ordre ; La direction doit s'assurer que les tâches et les missions confiées aux agents respectent les limites que leur attribue leur diplôme, et ainsi faire cesser tous les glissements de tâche des AS vers les AES/AMP. A ce titre, les plannings doivent être retravaillés pour identifier les qualifications des professionnels et veiller à une représentation équilibrée des catégories de professionnels au sein des unités et le respect des fiches de poste différenciées.	Les éléments demandés sont pris en compte pour une réalisation à échéance de 6 mois : Actions : Vérification des diplômes, plan de qualification, révision des plannings, obtention des certificats d'inscription à l'ordre. - Éléments de preuve : Registre du personnel, diplômes, justificatifs d'inscription à l'ordre, plannings révisés. - Délai de mise en œuvre : 6 mois (du 01/12/2025 au 01/06/2026)	Prescription maintenue	Article L4311-15 du CSP Articles D 344-5-14 D451-88	6 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		Transmettre : A) Le registre unique du personnel du mois précédant l'application de la mesure ainsi que l'ensemble des diplômes ou qualifications des personnels concernés, et les justificatifs d'inscription à l'ordre des IDE concernées. B) Un plan de qualification pour les personnels non diplômés pour des fonctions d'accompagnement et de soins et actuellement affectés aux soins. C) Les plannings révisés				
Presc 7	1.3- Gouvernance-Animation et fonctionnement des instances	Garantir le respect du bon fonctionnement du CVS en : - Formalisant la composition du CVS et en procédant au besoin à de nouvelles élections ou désignations des membres du CVS pour assurer sa complétude et le respect des équilibres entre les différentes composantes du CVS : le nombre des représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou représentants légaux doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du CVS - Soumettre à la consultation du conseil de la vie sociale (CVS) le règlement de fonctionnement et le plan Bleu	L'établissement envisage les mesures suivantes dans le délai de 9 mois : Actions : Formalisation de la composition, organisation d'élections si besoin, présentation des documents lors du CVS. • Éléments de preuve : Pièces de composition, PV d'élections, comptes-rendus de consultation, présentation du plan bleu et du règlement de fonctionnement. • Délai de mise en œuvre : 9 mois (du 01/12/2025 au 01/09/2026)	Prescription maintenue	Article D311-5 du CASF Article L 311-7 du CASF Article R 311-38-1 du CASF	9 mois
Presc 8	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge	Consigner à l'admission des résidents accompagnés leur examen clinique initial ainsi que la conclusion de l'évaluation pluriprofessionnelle coordonnée dans leur dossier médical numérisé. Cette démarche doit être mise en place pour toute nouvelle admission.	La réponse est la suivante : Actions : o À l'admission : consigner examen clinique initial & synthèse	Prescription maintenue La procédure transmise ne garantit pas	Article D344-5-11 (1°) du CASF Article L311-3 (3°) du CASF	1 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
	de l'admission à la sortie	A l'admission d'un nouveau résident, élaborer systématiquement son projet de soins en équipe pluriprofessionnelle.	pluriprofessionnelle coordonnée dans le dossier médical numérisé, o Ajouter à la procédure d'admission l'élaboration du projet de soins en équipe pluridisciplinaire. • Éléments de preuve : Exemples de dossiers médicaux (examen & synthèse) ; modèles de projet de soins. • Délai de mise en œuvre : 1 mois (du 01/12/2025 au 01/01/2026) • Document en annexe 2. A été transmis une procédure intitulée « trame de consignation à l'admission des résidents accompagnés » en date du 1er décembre 2025	l'effectivité de son application en l'absence de précision sur le « qui fait quoi », ni de précisions à qui la procédure s'applique au sein du FAM et sans indication sur le rôle du médecin.		
Presc 9	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Réaliser et tracer annuellement dans le dossier médical du résident une synthèse médicale visant à évaluer pour chaque résident son évolution clinique pendant la dernière année et celle de ses besoins en soins sur la même période. Communiquer annuellement cette synthèse médicale aux familles ou aux représentants légaux le cas échéant.	L'établissement précise le plan d'actions suivant : Actions : Concevoir, réaliser et tracer annuellement une synthèse médicale (évolution clinique & besoins en soins) ; communiquer aux familles/représentants légaux. • Éléments de preuve : Copies de synthèses médicales annuelles & preuves de communication. • Délai de mise en œuvre : 3 mois (du 01/12/2025 au 01/03/2026)	Prescription maintenue	Article D344-5-11 (2°) du CASF	3 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
Presc 10	3.8-Prise en charge-Soins	Compléter le classeur de liaison de chaque résident par une fiche de soins paramédicaux lorsque celui-ci est amené à partir dans une autre structure de soins.	La réponse est la suivante : Actions : Compléter le classeur de liaison par une fiche de soins paramédicaux lors des transferts vers une autre structure. • Éléments de preuve : Modèles de fiche de soins paramédicaux & exemples renseignés. • Délai de mise en œuvre : 1 mois (du 01/12/2025 au 01/01/2026) • (Document en annexe 3). Le document transmis est une trame de fiches de liaison réalisées par l'APHP (mission Handicap-DPM) en octobre 2012 en lien avec des associations du secteur handicap dont l'UNAPEI.	Prescription levée	Article D344-5-8 (3°) du CASF	1 mois
Presc 11	2.1-Fonctions support-Gestion des RH	Organiser un chevauchement des équipes de nuit et du matin afin de permettre la réalisation de transmissions orales directes entre ces équipes. Transmettre les plannings de jour et de nuit et fiches de tâches heurées.	L'établissement prévoit le plan d'actons suivant : Actions : Modifier les plannings pour organiser un chevauchement des équipes de nuit et du matin pour transmissions orales directes. • Éléments de preuve : Plannings jour/nuit & fiches de tâches horodatées.	Prescription maintenue.	Article L311-3 3 CASF	3 mois

	Thèmes et Sous- Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
			• Délai de mise en œuvre : 3 mois (du 01/12/2025 au 01/03/2026)			
Presc 12	3.8-Prise en charge- Soins	Concernant la prise en charge médicamenteuse : – Dresser la liste des médicaments et des dispositifs médicaux du stock pour les besoins urgents, ainsi que la grille de traçabilité du contrôle des dates de péremption de ceux-ci. – Rédiger une procédure de contrôle des dates de péremption des médicaments. – Dresser une liste de médicaments et de dispositifs médicaux pour le chariot d'urgence basée sur les recommandations professionnelles (OMEDIT IDF), afin de disposer d'un listing repère permettant de vérifier sa complétude et les dates de péremption. – Sceller systématiquement le chariot d'urgence après chaque utilisation et/ou contrôle pour garantir en permanence sa complétude – Dresser une fiche de contrôle mensuel et après chaque utilisation du contenu du chariot d'urgence, afin d'en assurer la traçabilité – Assurer le contrôle régulier des dates de péremption des médicaments de la dotation pour besoins urgents et du chariot d'urgence et en assurer le suivi par une grille de traçabilité. – Assurer et tracer le suivi quotidien de la température du réfrigérateur dédié au stockage des produits de santé thermosensibles N'y stocker que les médicaments thermosensibles et assurer la traçabilité de son nettoyage et de son dégivrage réguliers (a minima mensuels).	L'établissement a transmis en annexe 4 plusieurs procédures de soins et de circuit du médicament. 18 procédures ont été transmises. Elles sont rédigées, vérifiées et approuvées le 16 juillet 2025 pour 16 d'entre elles et le 01/09/2025 pour deux d'entre elles. Il s'agit respectivement des protocoles suivants : 1/ Urgences médicales : marche à suivre- hors présence cadre, infirmier et coordo. 2/ Circuit du médicament 3/ Décès d'un résident 4/Sac d'urgence avec annexe traçabilité d'utilisation du sac d'urgence et traçabilité du matériel d'urgence listé. 5/ Stock tampon avec traçabilité du stock et de la dotation 6/ protocole nominatif, procédure si douleur réfractaire au paracétamol 7/ protocole accident d'exposition au sang 8/ Prévention du risque infectieux lors de l'administration de l'alimentation entérale	Prescription retirée Les procédures respectivement intitulées « circuit du médicament », « sac d'urgence » avec ses annexes, « stock tampon » avec ses annexes ; « stupéfiant nominative (procédure si douleur réfractaire au paracétamol » constituent des réponses satisfaisantes aux mesures demandées, et sont de nature à sécuriser le circuit du médicament au sein de l'établissement.	Article R5126-108 CSP (dotation soins urgents). Article L311-3 (1°) du CASF Documents OMEDIT IdF https://www.ome-dit-idf.fr/ Ordre National des Pharmaciens : Recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C à l'officine (déc. 2009 et oct. 2012), OMEDIT Normandie La gestion des Produits de Santé	6 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		– Consigner le traitement médicamenteux du résident dans son dossier médical numérisé, afin de ne pas disperser sur plusieurs supports l'information utile à la prise d'une décision médicale, notamment en cas d'urgence absolue ou relative, et faciliter l'intervention des équipes soignantes de la plateforme [REDACTED] – S'assurer que les chariots de distribution des médicaments disposent d'un système les sécurisant – Mettre à jour la procédure d'aide à la prise des médicaments (avec mention du nom/prénom de son rédacteur et les visas des professionnels responsables de sa validation) dès que le nombre de déclarations d'événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse augmente et a minima une fois tous les trois ans (i.e. fréquence recommandée pour la réalisation des audits du circuit du médicament). – Il convient de compléter la procédure actuelle du circuit du médicament de l'établissement en réorganisant son contenu selon les six étapes du circuit du médicament recommandées par les Omédit d'Île-de-France et d'Auvergne Rhône-Alpes.	9/ aspirations buccales et trachéo-bronchiques 10/ Entretien du matériel de ventilation non invasive 11/ Gestion des déchets d'activité de soins 12/Prévention du risque infectieux lors d'une injection intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée. 13/ Oxygénothérapie 14/ Perfusion sous-cutanée 15/ Prélèvement capillaire 16/ Prélèvement de sang veineux 17/ Plaies- Gestion des pansements 18/ Stomies digestives		Thermosensibles Articles R4312-38 et R4312-39 du CSP OMEDIT Ile de France OMEDIT IDF	
Presc 13	3.8-Prise en charge-Soins	Le médecin doit dater, signer et compléter le protocole de soin d'urgence relatif à la prise en charge d'une crise convulsive en y faisant figurer clairement les professionnels concernés pour son application, dans quel cadre, les modalités d'application en fonction de leur qualification, les symptômes, les signes cliniques et	Mesure envisagée : Le médecin doit dater, signer et compléter le protocole de soin d'urgence relatif à la prise en charge d'une crise convulsive en y faisant figurer clairement les professionnels	Prescription maintenue. La réponse de l'établissement comprend une erreur sur la nature	Articles R4311-7 et R4311-14 du CSP et les bonnes pratiques professionnelles	1 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		de gravité, la conduite à tenir et la surveillance à effectuer par les soignants. Chaque usager diagnostiqué épileptique doit bénéficier d'un protocole nominatif individualisé de prise en charge d'une crise convulsive, rédigé par le médecin, daté, signé, basé sur le protocole généraliste et détaillant les consignes spécifiques. Si ces protocoles individuels ont aussi vocation à être mis en œuvre par un aide-soignant ou AES, le médecin doit spécifier que ce protocole ne s'adresse qu'à des professionnels, formés et habilités à son application,	concernés pour son application, dans quel cadre, les modalités d'application en fonction de leur qualification, les symptômes, les signes cliniques et de gravité, la conduite à tenir et la surveillance à effectuer par les soignants. • Actions : Formalisation de la composition, organisation d'élections si besoin, présentation des documents lors du CVS. • Éléments de preuve : Pièces de composition, PV d'élections, comptes-rendus de consultation, présentation du plan bleu et du règlement de fonctionnement	des actions et éléments de preuve (copier-coller des mesures sur le CVS). Après vérification de la procédure d'urgence transmise, cette dernière ne traite pas de la crise convulsive.	sur les protocoles infirmier de soins d'urgence (PISU : Note d'information no DGOS/R2/2016/244 du 22 juillet 2016 relative aux protocoles infirmiers de soins d'urgence_SFA R, SFMU, SRLF, CFRC, CARUM, mars 2016 ; SFMU, l'IDE seul devant une situation de détresse médicale, décembre 2011) Article R4311-4 et L4311-1 du CSP	
Presc 14	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	A/ L'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement doivent réviser la procédure d'admission au sein de l'EAM pour qu'elle s'intègre avec le système de suivi des orientations Via Trajectoire Handicap de la MDPH.	Actions : o Réviser la procédure d'admission (intégration Via Trajectoire Handicap / MDPH, auteurs/validateurs/dates/version ; critères admission/refus ; modalités	Prescription maintenue. Les actions (procédure d'admission révisée ;	Articles L 241-6 et R146-36 du CASF Recommandations de bonnes pratiques de la	3 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
		La procédure devra comporter le nom du ou des rédacteurs, valideurs, la date de rédaction et d'approbation et d'application avec signatures ainsi que le numéro de version de mise à jour. Cette procédure comprendra les critères d'admission et de refus ainsi que les modalités de traitement des situations de refus d'admission. B/ L'organisme gestionnaire et la direction de l'EAM doivent en particulier : – Signaler la capacité d'accueil éventuellement disponible au sein de l'EAM, via le système d'information dédié VIA TRAJECTOIRE et le ROR à chaque mouvement de place. – Signaler le nombre de personnes en attente d'admission. Transmettre la procédure d'admission révisée	des refus) ; signaler capacités disponibles et personnes en attente via VIA Trajectoire & ROR. - o MAJ de la procédure d'admission - o MAJ de la plateforme ViaTrajectoire avec les informations d'accueil de l'ESMS • Éléments de preuve : - o Procédure révisée + preuves des signalements VIA Trajectoire/ROR. - o La procédure d'admission - o Données ViaTrajectoire • Délai de mise en œuvre : 3 mois (du 01/12/2025 au 01/03/2026)	informations sur liste d'attente ou mouvement de place) ne sont pas encore mises en œuvre.	MDPH92 en matière de traitement des dossiers de demande d'admission.	
Presc 15	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	La direction doit engager sans délai les travaux d'installation des appels-malades pour lesquels des crédits non reconductibles ont été demandés et accordés par l'autorité de tutelle sur les années 2023 et 2024.	L'établissement prévoit : Actions : Engager les travaux d'installation des appels-malades (crédits 2023-2024). • Éléments de preuve : Calendrier travaux ; bons de commande ; photos d'installation attestations. • Délai de mise en œuvre : 3 mois	Prescription maintenue.	Article L 311-3 du CASF et notifications budgétaires 2023 et 2024	3 mois
Presc 16	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Prendre toutes les mesures nécessaires pour que le maire ou son représentant paraphe le registre des entrées et sorties des résidents	L'établissement indique prévoir : Actions : Faire parapher par le maire (ou son représentant) le registre des entrées/sorties des résidents.	Prescription maintenue.	Article L331-2 et R 331-5 du CASF	6 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
			• Éléments de preuve : Registre paraphé / attestations. • Délai de mise en œuvre : 6 mois (du 01/12/2025 au 01/06/2026)			

Recommandations :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Re co 1	2.1- Fonctions support-Gestion des RH	La direction devrait compléter le livret d'accueil à destination des nouveaux salariés ainsi que les kits d'intégration avec le règlement de fonctionnement et tracer la preuve de sa remise, de façon à garantir que les nouveaux salariés aient pris connaissance du règlement de fonctionnement.		Néant	Recommandation maintenue
Re co 2	1.4- Gouvernance-Gestion de la qualité	Le plan d'amélioration continu de la qualité devrait être complété par des indicateurs de mise en œuvre et des indicateurs de résultats mesurables afin de garantir l'opérationnalité de son suivi.	HAS-Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS-mars 2022 (Critère impératif 3.10 du guide d'évaluation de la HAS) HAS-Procédure d'évaluation des ESSMS-mai 2022	Néant	Recommandation maintenue
Re co 3	1.4- Gouvernance-Gestion de la qualité	La procédure de déclaration des événements indésirables est à actualiser en indiquant le recours au nouveau formulaire dématérialisé sur le site https://demat.social.gouv.fr/commencer/signalereimedicosoc	L1413-14 CSP (ES et ESSMS-déclaration à l'ARS et gestion EIGS) R1413-67 CSP (définition EIGS) R1413-68 CSP (obligation de déclaration en interne et à l'ARS)	Néant	Recommandation maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
			<i>R.331-8 CASF (obligation de déclarer les EI avec l'analyse détaillée)</i> <i>Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des 11 dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)</i>		
Re co 4	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	L'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement devraient prendre toutes les dispositions nécessaires pour recruter des professionnels en CDI sur les postes durablement vacants sur les fonctions soins et socio-éducatives.	Article L 311-3 du CASF	Néant	Recommandation maintenue
Re co 5	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	L'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement devraient formaliser le plan de formation 2025 et établir un plan de formation prévisionnel 2026 du personnel, y incluant des formations à la gestion des comportements problème et à la communication alternative augmentée, et organiser des actions de mini-formation régulières en interne auprès des équipes de soins et d'accompagnement des résidents.		Néant	Recommandation maintenue
Re co 6	2.3-Fonction support- Gestion d'informations	La tenue des dossiers administratifs, médicaux et de soins des résidents est à compléter et à homogénéiser afin de retrouver plus facilement les informations et s'assurer du respect des droits des résidents accueillis. Il convient de regrouper les informations médicales des résidents sur un seul support.		Néant	Recommandation maintenue
Re co 7	2.4-Fonction support- Bâtiments, espaces	La direction devrait assurer un meilleur suivi des travaux de maintenance et d'entretien, y compris pour le DAE en mettant en place des fiches de suivi et de contrôle, et être en mesure de communiquer le dernier PV de la commission communale de		Néant	Recommandation maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
	extérieurs, équipements	sécurité incendie et de prévention des risques de panique dont la visite est triennale.			
Reco 8	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'équipe de direction doit veiller à identifier pour chaque résident accompagné un référent parmi les professionnels de soins et d'accompagnement au quotidien pour favoriser la cohérence et la continuité de son accompagnement au sein de la structure.		Néant	Recommandation maintenue
Reco 9	3.8-Prise en charge-Soins	Il convient de réaliser et de tracer systématiquement dans le dossier médical informatisé du résident les éléments de son évaluation clinique (même en dehors d'un événement clinique intercurrent, i.e. examen clinique préventif sans point d'appel clinique). Il convient par ailleurs d'y consigner l'évolutivité de l'état du résident le cas échéant (e.g. événement clinique intercurrent) ainsi que la mise en place d'un nouveau traitement médicamenteux préventif ou curatif.	Article R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données cliniques) Article R4311-2 CSP (mission IDE-recueil infos utiles pour autres professionnels, dont médecins) Article R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE : chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers) Article R1112-2 et R1112-3 du CSP (pour la partie dossier médical)	Néant	Recommandation maintenue
Reco 10	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	L'établissement devrait diversifier et augmenter les activités d'animation (socio-éducatives et thérapeutiques) pour répondre à l'ensemble des besoins de chacun des résidents.		Néant	Recommandation maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
Re co 11	3.8-Prise en charge-Soins	Assurer la traçabilité de l'hygiène corporelle et bucco-dentaire		Néant	Recommandation maintenue
Re co 12	3.8-Prise en charge-Soins	Il convient d'indiquer sur le document de conduite à tenir en cas d'urgence vitale, sa version ainsi que les noms et les prénoms de ses rédacteurs et valideurs		Néant	Recommandation maintenue
Re co 13	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Il convient de mettre à la disposition des résidents des mets de substitution, permettant de remplacer les plats pour lesquels ils ont une aversion.		Néant	Recommandation maintenue
Re co 14	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	Organiser la distribution des repas (y inclus des collations) pour que les résidents accompagnés ne soient pas amenés à observer un jeûne de plus de 12 heures.		Néant	Recommandation maintenue
Re co 15	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	Il convient de regrouper les informations médicales des résidents relatives aux prescriptions de régime et de texture alimentaires sur un seul support		Néant	Recommandation maintenue
Re co 16	3.8-Prise en charge-Soins	Il convient de doser et de consigner les résultats de l'albuminémie sérique dans le dossier médical du résident.		Néant	Recommandation maintenue
Re co 17	3.1-Prise en charge-Organisation de la prise	La direction de l'établissement et l'organisme gestionnaire devraient veiller à intégrer dans les documents institutionnels de l'établissement (Projet d'établissement, procédure d'admission) les objectifs contractualisés dans le CPOM et relatifs à la participation		Néant	Recommandation maintenue

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Texte de référence	Réponse de l'inspecté	Décision
	en charge de l'admission à la sortie	de l'établissement à la démarche « Réponse Accompagnée pour tous ».			
Re co 18	3.8-Prise en charge-Soins	Il convient d'élaborer une procédure de prise en charge des escarres comportant les deux volets : préventif et curatif. Il convient de dater et d'indiquer sur la procédure de prise en charge des escarres les noms de ses rédacteurs et de ses valideurs.		Néant	Recommandation maintenue
Re co 19	4.2- Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	Etablir une convention avec un établissement de santé disposant d'un service d'accueil des urgences afin de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement.		Néant	Recommandation maintenue