

- la prescription (P4) relative à la gestion de la qualité est partiellement maintenue sur l'intégration de la démarche interne de lutte contre la maltraitance au projet d'établissement, ainsi qu'à la mise en place d'un dispositif permettant la traçabilité des réclamations ;
- la prescription (P5) relative à la gestion des ressources humaines est partiellement maintenue sur le sujet du recrutement d'un moniteur éducateur et sur la communication du plan de formation ;
- la prescription (P6) relative à la gestion de l'information au sein de l'établissement est maintenue ;
- la prescription (P7) relative à la mise en place de plans de soins pour chaque usager et à la sécurisation de l'accès aux dossiers de soins est maintenue ;
- la prescription (P8) relative à l'avis médical avant l'admission d'un usager et à l'actualisation du bilan pluridisciplinaire de l'usager est maintenue ;
- la prescription (P9) relative aux formations en lien avec les troubles de la déglutition et au suivi de l'état nutritionnel des usagers est maintenue ;
- la prescription (P10) relative au champ thérapeutique est maintenue.

Recommandations :

L'ensemble des recommandations (R2, R5, R6, R9) est maintenu ou partiellement maintenu (R1, R3, R4, R7, R8).

Par ailleurs, plusieurs délais de mise en œuvre ont été prolongés afin de tenir compte des contraintes organisationnelles de l'établissement.

J'appelle votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS de Seine-Saint-Denis à [REDACTED] les éléments de preuve documentaire permettant le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives et la levée des injonctions.

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, madame la présidente, l'expression de ma considération distinguée.

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


[REDACTED]

Copie :
Monsieur [REDACTED]
Directeur
Résidence Clothilde LAMBOROT
11 Rue de la Liberté
93500 PANTIN

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 13 mars 2025 au sein de l'établissement MAS Clothilde LAMBOROT (n° FINESS géographique 930022546), 93500 PANTIN

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
Inj 1	1.4 Gestion de la qualité	<p>L'établissement doit s'assurer que les pratiques professionnelles sont bienveillantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en s'assurant que la posture, les propos et le ton employés par les professionnels auprès des résidents soient toujours bienveillants (adresser les comptes rendus de réunions sensibilisant les professionnels sur ces sujets, les attestations de formation en lien avec la promotion de la bientraitance / la lutte contre la maltraitance, la posture et la communication, les mesures prises par l'établissement à ce sujet) ; - en rendant obligatoires les formations relatives à la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, en veillant à inscrire en priorité 	<p>L'établissement a intégré la mesure à son plan d'action élaboré à la suite de la réception du rapport d'inspection et de la lettre d'intention.</p> <p>Il a, par ailleurs, adressé les plans de développement des compétences (PDC) 2025 et 2026.</p> <p>Dans les documents transmis relatifs à la recommandation 1, figure une liste de professionnels inscrits aux formations relatives à la bientraitance.</p>	<p>Dans le PDC de 2025, il est indiqué que tous les soignants peuvent suivre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formation bientraitance (27/11/2025 et 28/11/2025) ; <p>Il peut être noté, au regard du fichier Excel transmis en réponse à la recommandation 1, que 11 professionnels sont inscrits à une formation relative à la bientraitance le 27 et le 28 novembre 2025. Ces formations étant programmées postérieurement à la date limite de remise des pièces, dans le cadre du contradictoire, les attestations de suivi correspondantes n'ont pas été fournies.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prévention de risque maltraitance (26/05 et 27/05) ; 	Article L.311-3 du CASF	<p>L'injonction est maintenue.</p> <p>L'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - adresser les attestations de participation aux formations en lien avec la bientraitance, la lutte contre la maltraitance, la posture et la communication, les troubles du comportement ayant eu lieu en 2026, ainsi que celles afférentes aux formations réalisées en 2025 ; - préciser dans le PDC 2026 que les formations en lien avec la bientraitance/la lutte contre la maltraitance 	6 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>les professionnels identifiés comme à risque sur ces sujets, ceux n'ayant pas eu récemment des formations sur ces thématiques, ainsi que ceux qui en expriment la demande, et en proposant également des formations pour faire face à des troubles du comportement des usagers.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - la communication non violente (26/05 et 27/05). Il est indiqué que ■ salariés sont inscrits, mais aucune attestation de suivi ou feuille d'émargement n'a été transmise. <p>Dans le PDC de 2026, des formations relatives à la bientraitance, la lutte contre la maltraitance, la gestion des conflits entre résidents et salariés, sont proposées aux professionnels. Toutefois, aucune de ces formations n'est rendue obligatoire, notamment s'agissant des professionnels susceptibles d'adopter une posture inappropriée ou qui n'ont pas suivi de formations depuis longtemps sur ces sujets.</p> <p>L'ARS note qu'une formation relative aux troubles du comportement est désormais proposée. Toutefois, aucune date de formation n'est formalisée, à ce stade, dans le PDC de 2026.</p> <p>Les comptes rendus des sensibilisations sur la posture, les propos et le ton employés n'ont pas été transmis.</p>		<p>sont obligatoires (a minima pour les professionnels n'ayant pas suivi la formation depuis longtemps selon l'établissement,</p> 	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				<p>Si la mission a pris bonne note de l'existence de GAP, il est impératif que le sujet relatif à la posture bienveillante auprès des usagers soit mis en avant lors des réunions d'équipe.</p> <p>En conclusion, l'établissement démontre sa volonté de garantir que les pratiques soient bienveillantes d'après les formations inscrites dans ses PDC. Néanmoins, les éléments transmis ne permettent pas de lever la mesure.</p> <p>La mise en œuvre de la mesure nécessitera du temps, le délai de mise en œuvre est porté de 1 mois à 6 mois.</p>			
Inj 2	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	L'établissement doit vivement inciter les AES faisant fonction à préparer une formation diplômante d'AES ou une VAE d'AES pour éviter tout glissement de tâches et exercice illégal d'une profession réglementée ou bien revoir les tâches confiées aux professionnels non diplômés. Adresser les éléments de preuve à l'ARS.	L'établissement a indiqué dans son plan d'action à la suite de l'inspection former des accompagnants éducatifs et sociaux (AES) afin qu'ils obtiennent le diplôme d'aide-soignant (AS).	<p>L'établissement n'a pas transmis d'éléments probants relatifs aux mesures prises pour mettre fin à la présence de l'ensemble des professionnels faisant fonction d'AES.</p> <p>Pour rappel, d'après les documents relatifs aux ressources humaines transmis, professionnels agissaient en tant qu'AES sans être titulaires du</p>	Article D.451-88 du CASF	<p>L'injonction est maintenue.</p> <p>L'établissement doit adresser le plan de formation intégrant les professionnels faisant fonction d'AES au jour de l'inspection (cela peut être une formation diplômante ou un parcours VAE), ou adresser les pièces démontrant que ces professionnels ne sont plus positionnés sur des tâches d'AES.</p>	5 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				<p>██████████ les professionnels concernés, ne permet pas l'exercice des fonctions d'AES.</p> <p>Au regard du temps que peut nécessiter la mise en œuvre de la mesure, le délai est prolongé à 5 mois.</p>			
Inj 3	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	L'établissement doit réaliser et transmettre le plan de financement et le calendrier précis pour le remplacement ou les réparations des ascenseurs dont le dysfonctionnement compromet la sécurité des résidents et la qualité de l'accompagnement.	<p>L'établissement a adressé un courriel à ██████████ afin d'obtenir des documents en lien avec le remplacement des ascenseurs en date du 18 novembre 2025.</p> <p>Dans le plan d'action, il est indiqué que le plan de financement et le calendrier pour le remplacement des ascenseurs est un sujet prioritaire avec pour échéance le 31/12/2025.</p>	<p>Si l'ARS a pris bonne note que l'établissement a sollicité ██████████, aucun élément probant relatif au calendrier pour le remplacement ou la réparation des ascenseurs n'a été transmis.</p> <p>Compte tenu du profil des résidents, il est indispensable que les ascenseurs soient fonctionnels dans les meilleurs délais.</p> <p>L'injonction ne peut être levée à ce stade.</p> <p>Le délai est toutefois prolongé d'un mois, afin que l'établissement puisse mettre en œuvre la mesure.</p>	Article L311-3 du CASF	<p>L'injonction est maintenue.</p> <p>L'établissement doit réaliser et transmettre le plan de financement et le calendrier précis pour le remplacement ou les réparations des ascenseurs.</p> <p>Le calendrier communiqué doit faire apparaître un échéancier très rapproché pour la réalisation effective de ces travaux.</p>	4 mois
Inj 4	2.4-Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	L'établissement doit sécuriser l'accès aux escaliers en faisant en sorte que les usagers ayant un handicap moteur lourd ne puissent pas les prendre et qu'ils ne se retrouvent pas coincés dans certaines cages d'escalier.	L'établissement a adressé le Procès-Verbal (PV) de la commission de sécurité et d'accessibilité datant de mai 2025, des photographies de l'escalier permettant de quitter l'établissement.	Le PV de la commission de sécurité et d'accessibilité ne fait pas apparaître que les escaliers représentaient un risque pour les usagers. Toutefois, ces commissions vérifient principalement la sécurité liée au	Article L.311-3 du CASF	<p>L'injonction est maintenue.</p> <p>L'établissement doit adresser les photographies attestant de la sécurisation de l'accès aux escaliers en</p>	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		Adresser le devis et des photos récentes relatifs à la sécurisation des escaliers.	L'établissement a également intégré la sécurisation de l'escalier à son plan d'action.	<p>risque d'incendie. Elles s'assurent de la conformité réglementaire du bâtiment, mais elles n'analysent pas spécifiquement le danger des escaliers en fonction du public accueilli.</p> <p>Sur les photographies transmises, il apparaît qu'un loquet est installé sur la porte permettant l'accès à un escalier.</p> <p>En revanche, la partie basse de l'escalier située à droite de l'ascenseur (aux murs peints en vert), et jouxtée par un support de tableau de peinture lors de la montée des escaliers, n'est pas sécurisée (pas de loquet ou d'autre dispositif).</p> <p>Le plan d'action indique que la mesure relative à la sécurisation était toujours en cours de mise en œuvre.</p> <p>Sachant que les membres de la mission avaient été informés qu'au moins un usager s'était déjà retrouvé bloqué dans une cage d'escalier d'après un compte rendu de réunion paramédicale de 2025, dans ces conditions, il est impossible d'atténuer la mesure à ce stade.</p> <p>Afin de mettre en œuvre la mesure, le délai de mise en</p>		partie basse, ainsi que les devis afférents.	

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				œuvre est prolongé de deux mois.			
Inj 5	2.4-Fonction support-Bâtiments, espaces extérieurs, équipements	<p>L'établissement doit s'assurer que tous les dispositifs d'appel malade soient fonctionnels et que le temps de réponse moyen soit amélioré.</p> <p>Adresser des éléments de preuve et notamment le devis lié à la réparation de l'appel malade dysfonctionnant, les comptes rendus de réunion sensibilisant les professionnels sur les appels malades ainsi que le résultat d'un audit des temps de réponse ou la copie de la traçabilité des temps de réponse.</p>	L'établissement a intégré la mesure à son plan d'action.	<p>L'établissement a transmis des factures datées de juin 2025 relatives, d'une part, à des réparations de câbles du système d'appel infirmier et, d'autre part, à la mise en place de contacteurs (mars 2025).</p> <p>L'établissement n'a pas communiqué de documents attestant du caractère fonctionnel de l'ensemble des dispositifs d'appel malade, y compris dans les chambres. Or, l'un d'entre eux présentait un dysfonctionnement le jour de l'inspection.</p> <p>Le récapitulatif des temps de réponse pour le mois de novembre 2025 indique qu'ils sont, à plusieurs reprises, supérieurs à 1 h.</p> <p>L'ARS n'a pas reçu les derniers comptes rendus relatifs aux actions de sensibilisation des professionnels aux enjeux liés aux appels malades.</p> <p>Si l'établissement a transmis les délais de prise en charge des</p>	Article L.311-3 du CASF	<p>L'injonction est maintenue.</p> <p>L'établissement doit notamment adresser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les devis relatifs aux réparations des dispositifs d'appel malade dysfonctionnant dans certaines chambres. Dans l'hypothèse où aucun dispositif appel malade ne présenterait de dysfonctionnement dans les chambres, l'établissement adressera une attestation sur l'honneur en ce sens. - les comptes rendus de réunions de sensibilisation des professionnels relatifs à la prise en charge des appels malades dans des délais adaptés ; - un audit formalisé identifiant des actions destinées à réduire les délais de prise en 	5 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				<p>appels, aucun audit formalisant des actions visant à réduire ces délais n'a été communiqué. Si l'audit n'était pas obligatoire dans le cadre de la LI (cf. colonne de gauche), l'établissement est désormais vivement incité à en réaliser un, dans la mesure où plusieurs délais de réponse demeurent toujours excessivement longs en novembre 2025.</p> <p>L'établissement étant désormais vivement incité à réaliser un audit relatif à la gestion des appels malades, le délai de mise en œuvre est prolongé : initialement fixé à 2 mois ; il est désormais fixé à 5 mois.</p>		charge des appels malades, au-delà des seuls éléments de suivi quantitatif des temps de réponse. L'établissement est vivement incité à le réaliser.	
Inj 6	3.8-Prise en charge-Soins	<p>L'établissement doit améliorer la prise en charge médicamenteuse en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisant mensuellement le contrôle de la péremption des médicaments et des dispositifs médicaux des sacs d'urgence afin de ne plus retrouver notamment de médicaments périmés ; - vérifiant systématiquement les noms et posologies des 	<p>L'établissement a intégré les mesures à son plan d'action. Il a transmis les devis relatifs aux chariots, datés d'octobre et de novembre 2025.</p>	<p>L'établissement n'a pas adressé d'autres éléments probants.</p>	<p>Article R.4312-38 du CSP et article L.311-3 du CASF</p> <p>Article R.4312-38 du CSP</p>	<p>L'injonction est levée sur la sécurisation des chariots d'urgence, mais maintenue sur les autres points.</p> <p>L'établissement doit transmettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les feuilles de traçabilité du contrôle mensuel des péremptions des médicaments et des 	1 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	<p>médicaments à distribuer au vu de la dernière prescription médicale ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisant des vérifications régulières du contenu des casiers de médicaments des usagers pour dépister d'éventuelles erreurs d'identito-vigilance ; - s'assurant que les chariots de soins soient en bon état et que les chariots de médicaments soient fermés ; - mettant en place un protocole d'administration du [REDACTED] lors de la prise en charge en urgence d'une crise d'épilepsie par des professionnels formés en dehors des heures de présence d'un médecin ou d'un infirmier. <p>Adresser tous les éléments de preuve permettant de lever ces points : Mise en place ou actualisation des protocoles, comptes rendus de réunion rappelant ces thématiques avec émargement des personnes présentes, courriels etc...</p>			<p>Article R.5126-109 du CSP</p> <p>Article L.311-3 (1°) du CASF et l'article R4312-39 du CSP</p> <p>Article L.311-3 du CASF</p>	<p>dispositifs médicaux des sacs d'urgence ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'affiche et le protocole actualisé relatifs au circuit du médicament intégrant l'obligation de vérifier la dernière prescription médicale lors de la distribution des médicaments ; - les feuilles de traçabilité relatives à la vérification régulière du contenu des casiers de médicaments des usagers ; - le protocole d'administration du [REDACTED] et les feuilles d'émargement du suivi de la formation par le personnel accompagnant, ainsi que le support de formation. 	<p>1 mois</p> <p>1 mois</p> <p>3 mois</p>

Prescriptions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
Presc 1	1.1- Gouvernance- Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	L'établissement doit respecter son arrêté d'autorisation relatif au nombre de places installées (notamment pour la place temporaire). Adresser les éléments de preuve.	Sur son plan d'action, l'établissement indique l'action suivante : « planifier une réunion afin d'identifier la chambre temporaire, reprendre les archives de l'ancienne direction ».	L'ARS n'a pas reçu de documents à analyser. Compte tenu de l'échéance figurant dans le plan d'action de l'établissement, la mise en œuvre de la mesure requiert un délai supplémentaire. En conséquence, l'ARS accorde un délai supplémentaire de deux mois , portant le délai imparti d'un à trois mois.	Article L.313-1 (1° et 4°) du CASF	La prescription est maintenue. L'établissement doit transmettre un document administratif attestant de l'accueil effectif d'un usager en hébergement temporaire.	3 mois
Presc 2	1.2- Gouvernance- Management et Stratégie	L'établissement doit actualiser : - le règlement de fonctionnement incomplet car il ne traite pas des dispositions relatives à l'association de la famille, à la vie de l'établissement ; - le projet d'établissement qui doit contenir toutes les dispositions prévues au niveau réglementaire ou compléter les parties trop génériques telles que	L'établissement a adressé un règlement de fonctionnement actualisé et le plan bleu de 2025 L'établissement a fixé une échéance dans son plan d'action afin d'actualiser son projet d'établissement. L'établissement a adressé :	Le règlement de fonctionnement actualisé précise que les familles peuvent participer aux temps de restauration et aux réunions du conseil de la vie sociale (CVS). Il est également indiqué que les résidents peuvent recevoir les personnes de leur choix et héberger des membres de leur famille pour une durée déterminée.	Article R.311-35 du CASF Articles D.344-5-5 du CASF et D.311-38-3 du CASF Article R.311-38-1 du CASF	La prescription est partiellement maintenue. - l'établissement doit adresser le PE actualisé, celui-ci devant inclure toutes les dispositions prévues au niveau réglementaire ou compléter les parties trop génériques telles que « les modalités de transmission vers une	6 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		<ul style="list-style-type: none"> les modalités de transmission vers une structure extérieure lors d'une réorientation ; le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée vers une structure extérieure lors d'une réorientation ; <p>- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance ;</p> <p>Le personnel doit être formé sur le plan bleu cette année et le CVS doit être consulté sur l'actualisation du plan bleu.</p> <p>Adresser tous les éléments de preuve.</p>	<ul style="list-style-type: none"> une fiche Allo maltraitance du groupe APF ; une charte de protection des salariés déclarant les EI ou les dysfonctionnements signée par le directeur ; sa démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance en réponse à la prescription 4 (et est donc analysée dans la prescription 4). 	<p>Le projet d'établissement actualisé n'a pas été transmis.</p> <p>Si le plan bleu mentionne l'organisation de formations, les plans de développement des compétences et les attestations de formation transmis ne permettent pas d'attester de la formation effective du personnel au plan bleu, à l'exception d'une formation relative à l'évacuation incendie figurant dans le plan de développement des compétences 2025.</p> <p>Le contenu de la charte de protection des salariés déclarant des EI ou des dysfonctionnements n'appelle pas d'observation.</p> <p>Le contenu de la charte de déclaration des EI du groupe est également satisfaisant.</p>		<p>structure extérieure lors d'une réorientation ; le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée vers une structure extérieure lors d'une réorientation » ;</p> <p>- l'établissement doit intégrer à son PDC la formation relative au plan bleu.</p>	
Presc 3	1.3- Gouvernance- Animation	Les dysfonctionnements ou événements indésirables graves ayant eu lieu au sein de	L'établissement a intégré la mesure à son plan d'action.	L'établissement a identifié la nécessité d'établir un récapitulatif des événements indésirables	Article R.331-10 du CASF	La prescription est maintenue.	Dès le proch

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	et fonctionnement des instances	l'établissement doivent être communiqués en CVS.		graves (EIG) et de mettre en place une commission dédiée aux événements indésirables (EI).		L'établissement doit adresser le compte rendu du prochain CVS énumérant les dysfonctionnements et les EIG ayant eu lieu au sein de l'établissement. Le but étant de démontrer les mesures mises en œuvre afin d'éviter les répétitions.	ain CVS
Presc 4	1.4- Gouvernance- Gestion de la qualité	<p>L'établissement doit améliorer sa gestion de la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en actualisant son plan d'amélioration continue de la qualité et en mettant en place un suivi effectif des actions ; - en mettant en place un suivi de l'avancement des actions prévues à la suite de l'évaluation externe ; - en formalisant et en intégrant au projet d'établissement (PE) une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance en abordant notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Les moyens de repérage des risques de maltraitance, • Les modalités de signalement et de traitement des situations survenues ; 	L'établissement a intégré les mesures à son plan d'action.	<p>L'établissement a transmis à l'ARS deux plans d'action, dont l'un est notamment alimenté par les mesures figurant en annexe de la lettre d'intention de l'ARS, tandis que le second présente un périmètre plus large.</p> <p>Les plans d'action comportent un axe général, l'intitulé des actions, les responsables désignés, les échéances, les modalités de mise en œuvre ainsi que, lorsque cela est pertinent, des indicateurs de suivi. L'un des deux plans comprend des indicateurs de suivi de l'état d'avancement des actions.</p>	<p>Articles L.311-3 et L.312-8 du CASF</p> <p>Article L.312-8 du CASF</p> <p>Article D.311-38-3 du CASF</p> <p>Article L.311-3 du CASF</p> <p>Article L.331-8-1 du CASF et l'arrêté du 28/12/2016</p>	<p>La prescription est partiellement maintenue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur le sujet de l'intégration de la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance au PE ; - s'agissant de la mise en place d'un dispositif de recensement des réclamations garantissant leur traçabilité et la définition de mesures correctives adaptées. <p>Afin de faciliter la mise en œuvre de la mesure, le délai de mise en œuvre est uniformisé à 8 mois.</p>	8 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> • La réalisation d'un bilan annuel des situations constatées ; • Les modalités de communication auprès des personnes accompagnées ; • Les actions relatives à la gestion du personnel, à la formation et au contrôle. <ul style="list-style-type: none"> - en mettant en place un système d'enregistrement des plaintes et des réclamations afin de garantir que soient corrigées les éventuelles atteintes aux droits et libertés qui sont les causes potentielles des plaintes ; - en adressant les prochains EIG et EIAS à l'ARS. <p>Adresser tous les éléments de preuve.</p>		<p>L'ARS confirme que l'établissement a signalé de nombreux EIG à la suite de la mission d'inspection.</p> <p>L'établissement a formalisé sa démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance en abordant les sujets principaux tels que le signalement et le traitement des EIG, les moyens de repérage des risques... incluant notamment divers exemples.</p> <p>Toutefois ce document n'apparaît pas encore intégré au PE.</p> <p>L'établissement a transmis une affiche relative au dispositif d'expression et de traitement des réclamations. Il a, par ailleurs, communiqué les fiches de réclamation et de mécontentement.</p> <p>Toutefois, l'établissement n'a transmis aucun document répertoriant les réclamations, ne permettant</p>			

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				ainsi ni de s'assurer de leur traçabilité ni de définir les mesures correctives appropriées.			
Presc 5	2 .1 Gestion des ressources humaines	<p>L'établissement doit améliorer la gestion des ressources humaines en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recrutant un moniteur éducateur (transmettre offre d'emploi actualisée) ; - formalisant la procédure de remplacement des professionnels en insistant sur la nécessité de remplacer un professionnel par une personne disposant du même diplôme ; - communiquant et en présentant le plan de formation à l'ensemble du personnel ; - s'assurant que l'ensemble des agents de soins suivent une formation diplômante ou une VAE pour être qualifiés. <p>Adresser tous les éléments de preuve.</p>	L'établissement a intégré les mesures à son plan d'action.	<p>L'établissement a adressé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la convention de formation au diplôme d'AES pour un salarié de l'établissement ; - une attestation de présence à la formation d'AS. <p>Selon le plan de développement des compétences de 2025, un deuxième agent de soins identifié le jour de l'inspection est inscrit au parcours de formation dont le terme est prévu en décembre 2025.</p> <p>L'offre d'emploi relative au poste de moniteur éducateur adressée concerne « le SAVS/SAMSAH » et non la maison d'accueil spécialisée.</p> <p>Selon le plan d'action transmis, le plan de formation n'a pas encore</p>	<p>Article D.344-5-13 du CASF</p> <p>Article L.311-3 du CASF</p> <p>Article D.344-5-10 2° du CASF</p> <p>Articles L.311-3 du CASF, L.4391-1 du CSP</p>	<p>La prescription est partiellement maintenue sur le sujet du recrutement du moniteur éducateur et sur la communication du plan de formation et sur la procédure de remplacement.</p> <p>L'établissement doit adresser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les courriels adressés à l'ensemble des professionnels relatifs à la diffusion du plan de formation, ainsi que les éléments attestant de son affichage (photographies) ; - l'offre d'emploi mentionnant que le poste de moniteur éducateur concerne la maison d'accueil spécialisée, ainsi que tout document attestant d'échanges intervenus avec de potentiels candidats ; - la procédure de remplacement des 	2 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				<p>été communiqué au personnel.</p> <p>Par ailleurs, la procédure de remplacement actualisée, rappelant la nécessité de procéder au remplacement d'un professionnel par un autre disposant d'un diplôme équivalent, n'a pas été transmise à l'ARS.</p>		professionnels actualisée, précisant la nécessité de procéder à un remplacement par un professionnel disposant d'un diplôme équivalent.	
Presc 6	2.3 Gestion d'informat ion	L'établissement doit compléter les dossiers administratifs des résidents avec les attestations de remise des documents de la loi 2002-2 remis et signés avec le livret d'accueil (contrat de séjour, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement) ; l'attestation de contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en cas de dommages subis par les tiers et leurs biens alors que plusieurs vols ont été commis en 2023 ; La preuve de la désignation d'une personne de confiance ; La preuve du recueil des directives anticipées ; La preuve du recueil de leurs autorisations en matière de droit à l'image.	L'établissement a intégré les différentes mesures à son plan d'action.	L'établissement indique, dans son plan d'action, que les mesures sont en cours de mise en œuvre ou n'ont pas encore été engagées. Toutefois, aucun élément justificatif de leur mise en œuvre effective n'a été transmis à l'ARS.	<p>Article L.311-4 du CASF</p> <p>Article L.443-4 du CASF</p> <p>Article L.1111-6 du CSP</p> <p>Article L.311-3 du CASF</p> <p>Article L.311-3 alinéa 4 du CASF</p> <p>Article L.311-3 (1°) du CASF</p> <p>Article R.344-2 (2°) du CASF</p>	<p>La prescription est maintenue.</p> <p>L'établissement doit mettre en œuvre, pour chacun des usagers, les mesures attendues figurant dans la colonne de gauche et transmettre à l'ARS les documents correspondants relatifs aux usagers ou remis à ces derniers.</p>	3 mois

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
		<p>L'établissement doit compléter les dossiers médicaux des résidents en traçant systématiquement dans le dossier médical informatisé d'un résident nouvellement admis au sein de la structure la présence ou l'absence des antécédents et des allergies.</p> <p>L'établissement doit consigner annuellement pour chaque résident une synthèse médicale dans le but de mettre à jour les éléments la constituant et la compléter avec ceux survenus depuis un an.</p>					
Presc 7	2.3 Gestion d'information	<p>L'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un plan de soins pour chaque résident ; - Sécuriser les accès aux dossiers de soins et les données confidentielles de l'usager en mettant notamment en place des codes d'accès nominatifs pour les soignants. <p>Adresser tous les éléments de preuve.</p>	<p>L'établissement a intégré les deux mesures à son plan d'action.</p> <p>L'établissement a adressé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des comptes rendus de réunion portant sur la prise en charge des soins de certains usagers ; - une feuille d'émargement relative à la formation [REDACTED]. 	Les éléments transmis ne permettent pas d'attester que chaque résident dispose d'un plan de soins et que les dossiers de soins des usagers sont sécurisés.	Article L.311-1 (3°) du CASF Articles R.4312-35, L.1110-4 du CSP et article L.311-3 du CASF	<p>La prescription est maintenue.</p> <p>L'établissement doit transmettre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] dossiers de soins ; - tout élément attestant de la création de codes d'accès informatiques nominatifs pour chaque professionnel soignant. 	2 mois
Presc 8	3.1 Organisation de la	L'établissement est tenu de s'assurer :	L'établissement a intégré les deux mesures à son plan	Le plan d'action mentionne que les mesures restent en cours de déploiement.	Article L.311-3 du CASF	La prescription est maintenue.	

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
PEC de l'admission à la sortie	<ul style="list-style-type: none"> - qu'un avis médical est émis préalablement à l'admission d'un usager ; - de l'actualisation annuelle du bilan pluridisciplinaire de l'usager. <p>Adresser éléments de preuve.</p>	<p>d'action, mais n'a adressé aucun élément probant.</p> <p>En réponse à la prescription 7, l'établissement a communiqué un tableau récapitulatif des réunions mises en place, mentionnant notamment la mise à jour hebdomadaire des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) des résidents.</p>	<p>S'agissant des bilans pluridisciplinaires notamment, l'établissement indique que leur actualisation est en cours, sans produire d'éléments permettant d'attester, pour chaque usager, d'une actualisation annuelle effective, conformément à l'article D.344-5-11 du CASF.</p> <p>Le tableau répertoriant les réunions de l'établissement transmis (incluant les réunions PAP) ne constitue pas, en l'état, un élément probant : il ne permet ni de confirmer la tenue effective des réunions (absence de comptes rendus, d'émargements), ni d'identifier, pour chaque usager, la date de la dernière actualisation du bilan.</p> <p>L'ARS rappelle que ce bilan actualisé doit permettre de fonder et d'ajuster l'accompagnement individualisé, dans le respect des droits de la</p>	Article D.344-5-11 du CASF	<p>L'établissement doit adresser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un bilan médical d'un usager dès la prochaine admission - tout élément probant attestant de l'actualisation annuelle du bilan pluridisciplinaire pour chaque usager (dernier bilan avec la date d'actualisation, les participants...). Ce bilan permettant également d'actualiser le projet d'accompagnement personnalisé de l'usager. 	<p>Dès la prochaine admission</p> <p>4 mois</p>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
				personne (individualisation et participation).			
Presc 9	3.4 Vie quotidienne ne-hébergement	<p>Dans le champ de l'alimentation, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des formations en lien avec la détection des troubles de déglutition ; - s'assurer que le suivi nutritionnel des résidents est complet et réalisé mensuellement. <p>Adresser les éléments de preuve.</p>	L'établissement a intégré les deux mesures à son plan d'action.	<p>Dans le plan de formation adressé en réponse à l'injonction 1, l'établissement démontre qu'il prévoit la mise en place une formation en lien avec la détection des troubles de la déglutition.</p> <p>Le processus de suivi nutritionnel des résidents n'a pas encore débuté.</p>	<p>Article L.311-3 du CASF</p> <p>Article L.311-3 (3°) du CASF</p>	<p>La prescription est maintenue.</p> <p>L'établissement doit envoyer les attestations de formation relatives aux troubles de la déglutition.</p> <p>L'établissement doit adresser un tableau nutritionnel complet et actualisé (poids relevé, 1 fois/mois, IMC calculé 1 fois/mois, albuminémie mesurée 1 fois/mois pour les personnes dénutries et 1 fois tous les 6 mois pour les autres résidents).</p>	<p>4 mois</p> <p>1 mois</p>
Presc 10	3.8 Champ thérapeutique	<p>Dans le champ thérapeutique, l'établissement doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diffuser une offre d'emploi d'un médecin chargé de la coordination des soins ; les réponses aux candidatures et les preuves d'organisation d'entretiens avec les candidats devront être transmis ; - s'assurer que les horaires des IDE permettent les transmissions avec l'équipe de nuit ; 	L'établissement n'a pas transmis d'éléments probants, mais a intégré les différents points de la mesure à son plan d'action.	Aucun élément de preuve n'a été transmis.	<p>Articles D.344-5-3 et 5 ainsi que D.344-5-12 et 13 du CASF,</p> <p>Article L.311-3 (1° et 3°) du CASF</p> <p>Article D.344-5-3 du CASF</p> <p>Arrêté du 29 octobre 2019 et également l'article R157-2 du CCH</p>	<p>La prescription est maintenue.</p> <p>Adresser tous les éléments de preuve demandés dans le cadre des mesures envisagées (cf. colonne de gauche).</p> <p>Afin de faciliter la mise en œuvre de la mesure, le délai de mise en œuvre est fixé à 3 mois.</p>	3 mois

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision	Délai de mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> - organiser des temps de transmission entre les médecins traitants et les infirmiers ; - signaler l'emplacement du DAE (adresser les photographies à l'ARS) ; - s'assurer que toutes les bouteilles d'oxygène sont pleines ; - disposer d'une procédure valide relative à la prise en charge des urgences médicales ; - actualiser, assurer la mise en place, communiquer et diffuser auprès des professionnels les protocoles et procédures de soins présents au sein de la structure ; - former le personnel soignant et communiquer auprès de celui-ci au sujet de l'aide à la prise de médicament. <p>Les comptes rendus de réunion à ce sujet, les devis, les photographies et autres éléments de preuve seront notamment transmis à l'ARS.</p>			<p>Article L.311-3 du CASF</p> <p>Article L.311-3 du CASF</p> <p>Article L.311-3 du CASF</p> <p>Article L.313-26 du CASF</p>		

Recommandations :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
Reco 1	1.1- Gouvernance-Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration	<p>Au niveau de la gouvernance, du management et de la stratégie, Il est recommandé à l'établissement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réviser son projet d'établissement afin d'intégrer les objectifs et axes d'amélioration identifiés, en prévoyant des modalités de suivi et d'évaluation, notamment ceux que la direction a diagnostiqués comme persistants et structurants, et d'y intégrer une stratégie de communication pour assurer la diffusion et l'appropriation du projet par l'ensemble des parties ; - afficher les noms de tous les professionnels sur l'organigramme de l'établissement ; - disposer d'un contrat de travail formalisé pour le directeur et le futur directeur adjoint ; - préciser sur l'offre d'emploi de directeur adjoint les établissements et services qui seront sous sa responsabilité ; - mettre en place une procédure formalisée sur le process à suivre en cas d'absence du directeur de l'établissement ; - revoir la répartition des astreintes pour prévenir au maximum la fatigue des professionnels et dater la procédure astreintes ; - transmettre à l'autorité de tarification le diplôme et le contrat de travail de la cadre socio-éducative ; - améliorer la communication entre tous les professionnels et mener une réflexion avec des intervenants extérieurs afin d'améliorer le climat social et mettre en place une procédure détaillée sur la gestion des conflits. 	<p>L'établissement a adressé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les attestations de réussite de la cheffe de service ; - le contrat de la cheffe de service ; - les « coordonnées région » ; - la copie du protocole d'astreinte ; - la liste des professionnels inscrits à la formation à la bientraitance (document analysé au titre de l'injonction 1 relative aux formations bientraitance). 	<p>S'agissant des attestations de la cheffe de service transmises, l'ARS note que la professionnelle a validé des unités d'enseignement (UE) essentielles par rapport à ses fonctions telles que « [REDACTED]... »</p> <p>Néanmoins, le cumul des attestations transmises n'atteint pas les 60 points ECTS attendus pour valider une année (puis 180 points ECTS pour l'obtention de la licence et 300 points ECTS pour être diplômé d'un master, conformément à l'article D.611-2 du code de l'éducation).</p> <p>Toutefois, l'obtention de ces crédits ne constitue pas une obligation réglementaire pour exercer les fonctions de cadre socio-éducatif au sein d'un établissement privé.</p> <p>Le contrat de travail de la cheffe de service date de janvier 2025 et a été signé par l'ensemble des parties.</p> <p>Le sommaire du protocole d'astreinte a été transmis et la date d'actualisation a été intégrée.</p>	<p>Elaboration, rédaction et animation d'un projet d'établissement, HAS</p>	<p>La recommandation est maintenue sur les sujets relatifs à l'organigramme, au PE, au diplôme de la cadre socio-éducative, au protocole à suivre en cas d'absence du directeur (au-delà du protocole relatif à l'organisation des astreintes).</p>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
				<p>Le contenu du protocole avait déjà été transmis à l'ARS préalablement à la phase contradictoire.</p> <p>Les coordonnées des urgences font état de l'organisation des astreintes jusqu'en avril 2026. Il s'agit de directeurs ou de responsables de l'organisme gestionnaire.</p> <p>La procédure de remplacement du directeur n'a pas été adressée, l'ARS avait reçu, après l'inspection sur site, la subdélégation de compétences, mais celle-ci ne remplace pas une procédure opérationnelle de remplacement.</p>		
Reco 2	1.3- Gouvernance- Animation et fonctionnement des instances	Il est recommandé de réaliser annuellement une enquête de satisfaction auprès des résidents plus exhaustive en traitant également de l'hébergement, des soins, de l'accompagnement dans la vie courante et d'en afficher les résultats.	L'établissement a intégré la mesure « réaliser une enquête de satisfaction auprès des résidents » d'ici le « 30/03/2026 » à son plan d'action.	L'ARS ne peut, à ce stade, analyser les résultats de la prochaine enquête de satisfaction.		La recommandation est maintenue.
Reco 3	1.4- Gouvernance- Gestion de la	<p>Dans le champ de la gestion de la qualité, il est recommandé à l'établissement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préciser dans ses documents internes qui est le référent qualité ; 	L'établissement a intégré la recommandation à son plan d'action.	D'après le code couleur du plan d'action, la mise en place d'un RETEX pour les prochains EIG et la vérification de l'actualisation		La recommandation est partiellement levée considérant la mise en place d'un RETEX et la vérification de l'actualisation de la

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
	qualité et 1-5 Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des actions d'amélioration lorsque les questionnaires d'autoévaluation sont remplis ; - revoir si la procédure de signalement des maltraitances est actualisée sur tout le process ; - mettre en place un régime numérique pour y consigner les fiches d'événements indésirables remontés ; - mettre en place des comités de retour d'expérience lorsque des événements graves se produisent avec la réalisation d'un compte rendu. 		<p>des procédures relatives à la maltraitance, ont été réalisées.</p> <p>Les autres mesures n'ont pas encore été mises en œuvre et les éléments probants n'ont pas été adressés.</p> <p>Après analyse du RF actualisé de l'établissement, le nom du responsable qualité est indiqué, mais pas celui du référent qualité.</p>		procédure relative à la maltraitance, mais est maintenue dans les autres champs.
Reco 4	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	<p>Dans le champ des ressources humaines, il est recommandé à l'établissement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'assurer que le personnel éducatif et de soins intervenant auprès des usagers dispose d'un badge nominatif ; - garantir la bonne ventilation budgétaire entre le personnel de la MAS et du foyer de vie (le CD finançant le foyer de vie) ; - s'assurer que les dossiers administratifs des professionnels soient complets (fiche d'aptitude médecine du travail, attestation AFGSU...); - rendre les formations AFGSU obligatoires ; - répertorier les formations diplômantes sur le plan de formation ; - formaliser le livret d'accueil du nouveau salarié ; - organiser davantage de réunions paramédicales ; - faire participer davantage de professionnels non soignants aux réunions d'équipe ; - dactylographier le contenu des cahiers d'organisation afin de les rendre plus lisibles ; - s'assurer que tous les professionnels ont connaissance de leur fiche de poste. 	<p>L'établissement a intégré différentes mesures à son plan d'action.</p> <p>L'établissement a transmis l'inscription aux formations aux gestes et soins d'urgence des professionnels ; ainsi que le programme de la formation.</p> <p>Le livret d'accueil du nouveau salarié est en cours d'actualisation.</p>	<p>L'ARS a analysé les 3 pièces transmises, le contenu est satisfaisant.</p> <p>L'établissement avait adressé les plans de formation en réponse à l'injonction 1, le PDC 2026 indique que les formations aux gestes et soins d'urgence sont obligatoires.. Les attestations de formation n'ont pu être transmises. Selon l'établissement, la formation a été reportée en raison de l'indisponibilité du formateur.</p>	<p>« La bienveillance : définitions et repères pour la mise en œuvre de la HAS » 2008</p>	<p>La recommandation est retirée s'agissant des formations relatives à l'AFGSU et de l'actualisation du livret d'accueil.</p> <p>Elle est maintenue sur les autres points.</p>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
Reco 5	2.3 Gestion d'information	<p>Au niveau de la gestion d'information, il est recommandé à l'établissement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - veiller si les dates de naissance sont exactes sur le RUP et s'assurer que tous les professionnels exerçant au sein de l'établissement, même ponctuellement, figurent sur le RUP ; - mettre en place un DUERP au sein de l'établissement ; - s'assurer que les kinésithérapeutes tracent leurs transmissions dans le dossier de soins de l'utilisateur. 	L'établissement a intégré les mesures à son plan d'action, mais celles-ci sont en cours de mise en œuvre ou non finalisées.	L'établissement n'a pas adressé d'éléments probants.		La recommandation est maintenue.
Reco 6	2.5 Sécurités	Il est recommandé à l'établissement d'améliorer sa campagne vaccinale à destination des usagers et du personnel.	<p>L'établissement a intégré la mesure à son plan d'action.</p> <p>Il indique que l'état d'avancement est terminé, mais n'a pas adressé d'éléments probants.</p>	L'établissement n'a pas adressé d'éléments probants.		La recommandation est maintenue.
Reco 7	3.4 Vie quotidienne hébergement	<p>Dans le champ de la vie quotidienne, il est recommandé à l'établissement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place rapidement des ateliers relatifs à la vie sexuelle, affective, relationnelle... - Construire, en concertation avec les résidents et les professionnels : un projet d'animation structuré, visant à identifier les besoins, à évaluer et à améliorer les activités et les animations proposées d'une année sur l'autre. 	<p>L'établissement a transmis des affichages ou des comptes rendus d'ateliers relatifs à la vie sexuelle</p> <p>L'établissement n'a pas transmis d'éléments relatifs à la deuxième mesure, mais en tient compte dans son plan d'action.</p>	L'établissement a transmis la preuve de la participation d'usagers aux ateliers relatifs à la vie sexuelle et intime.		La recommandation est partiellement maintenue s'agissant de la mise en place d'un projet d'animation structuré, visant à identifier les besoins, à évaluer et à améliorer les activités et animations proposées d'une année sur l'autre.
Reco 8	3.8 Champ thérapeutique	<p>Dans le champ thérapeutique, il est recommandé à l'établissement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - communiquer auprès des soignants au sujet des aspects organisationnels des soins du projet d'établissement - choisir un logiciel davantage adapté pour la transmission sécurisée de l'information ; - traiter le dégât des eaux et de prendre les dispositions nécessaires afin de rétablir le bon rangement au sein de l'infirmier ; 	<p>L'établissement a intégré l'ensemble du contenu de la recommandation à son plan d'action.</p> <p>L'établissement a adressé deux documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'affiche AES ; - la fiche de suivi d'entretien et de contrôle des températures 	<p>La fiche de suivi d'entretien et de contrôle des températures du réfrigérateur a été analysée. Celle-ci n'appelle pas de remarque particulière.</p> <p>Le contenu de l'affiche AES n'appelle pas de remarques particulières, mais l'ARS n'a pas la preuve que le document est affiché dans les locaux adéquats.</p>		La recommandation est partiellement levée en ce qui concerne le suivi de l'entretien et du contrôle de température des réfrigérateurs de l'infirmier, mais est maintenue pour les autres mesures de la présente recommandation

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision
		<ul style="list-style-type: none"> - s'assurer que les paillasses de l'infirmerie ne sont pas encombrées pour le bionettoyage - apposer la date d'ouverture des produits d'hygiène sur les flacons ouverts ; - installer au moins un nouveau poste informatique avec imprimante permettant de garantir de meilleures transmissions et une meilleure traçabilité des soins - contrôler et tracer la température du réfrigérateur pour les produits thermosensibles ; - s'assurer que le matériel d'aspiration se trouvant dans le bureau réservé au cadre de santé est fonctionnel. - afficher les consignes en cas d'AES ; - disposer d'une procédure valide concernant les escarres ; - réévaluer et de réactualiser les contentions aux échéances indiquées dans le protocole de mise en œuvre des contentions ; - actualiser les données relatives aux usagers dans le DLU ; - s'assurer que la traçabilité de l'administration des médicaments est effectuée en temps réel. 	<p>du réfrigérateur de l'infirmerie.</p>			<p>faute d'éléments justificatifs transmis.</p>
Reco 9	4.2 Coordination avec les autres secteurs	Faire signer la convention avec l'officine de pharmacie par l'ensemble des parties.	L'établissement n'a pas répondu à la recommandation.	L'établissement n'a pas répondu à la recommandation.		La recommandation est maintenue.