

Direction de l'Inspection régionale autonomie santé

Conseil départemental de l'Essonne

Affaire suivie par :

ARS :

Courriel :

Téléphone :

CD91 :

Courriel :

Téléphone :

Lettre recommandée avec AR  
N° 2C 197 235 4165 3

Réf : SIICEA 2025\_IDF\_00095

Objet : Lettre de décisions - Inspection du 12 août 2025 au sein de l'établissement d'accueil médicalisé (EAM) Joie de Créer (91600 Savigny-sur-Orge).

Saint-Denis, le 16 avril 2026

Monsieur le Président,

Dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes en situation de handicap, une inspection a été réalisée au sein de l'EAM « Joie de Créer » (N°FINESS ET 910019207) le 12 août 2025 par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et le Conseil départemental de l'Essonne.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, je vous ai adressé le 19 janvier 2026 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les 2 injonctions, 14 prescriptions et 11 recommandations que nous envisagions de vous notifier (cf. annexe).

Vous nous avez transmis les 30 janvier, 5 et 19 février 2026, des éléments de réponse et preuves, ce dont nous vous remercions.

L'ensemble des éléments probants adressés ne satisfait que pour partie, à certaines des mesures envisagées.

Nous notons toutefois, que des corrections ont été apportées concernant la tenue d'un registre légal des entrées et des sorties (P9).

Cependant, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif **1** injonction, **14** prescriptions et **11** recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier et portant notamment sur les points suivants :

- L'identification et la déclaration des événements indésirables/ événements indésirables graves ;
- La gestion des ressources humaines ;
- Le fonctionnement du système d'appel malade ;
- L'admission et l'accompagnement des résidents ;
- La prise en charge en soins et médicamenteuse.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de l'ARS et au Conseil départemental de l'Essonne, à [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 R.313-25-1 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 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  
de l'Essonne

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Copie :  
Monsieur [REDACTED]  
Directeur  
EAM « Joie de Créer »  
85 bis rue des Rossays  
91600 SAVIGNY-SUR-ORGE

Annexe : Décisions faisant suite à l'inspection réalisée le 12 août 2025 au sein de l'EAM « Joie de Créer » (N° Finess ET 910019207), 91600 Savigny-sur-Orge.

Injonctions :

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
Inj 1	2.1- Fonctions support- Gestion des RH	<p>La direction doit :</p> <p>a) engager des démarches actives en vue du recrutement d'un assistant de service social et de moniteur éducateur diplômé ;</p> <p>b) pallier le manque d'effectifs aides-soignants et d'infirmiers diplômés d'État, notamment pour les soins quotidiens et l'accompagnement individualisé.</p> <p>Transmettre les preuves de publication d'annonces de recrutement (journaux ; pôle emploi ; internet...) ;</p> <p>c) assurer dans les effectifs soignants- dont les surveillants de nuit-, la seule présence de personnels disposant des qualifications requises pour la prise en charge des soins des résidents ;</p>	<p>a) La direction a publié le [REDACTED] une annonce sur France Travail, en vue du recrutement d'un assistant de service social [REDACTED]</p> <p>Elle a produit le certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur, [REDACTED]</p> <p>b) La direction informe de la publication d'offres via France Travail, d'aides-soignants (CDI /CDD) ; [REDACTED]</p> <p>Le temps de travail d'un infirmier, [REDACTED] est porté à [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] Sa fiche de poste en tant qu'infirmier</p>	<p>a) Il est pris note des éléments de réponse apportés pour partie.</p> <p>S'agissant du recrutement de moniteur éducateur diplômé, l'agent titulaire du certificat d'aptitude occupe un poste de monitrice d'atelier et est également sophrologue.</p> <p>La mesure envisagée vise au recrutement de personnel supplémentaire ; la mission ayant relevé le manque [REDACTED] de moniteur-éducateur diplômé.</p> <p>b) Il est pris acte des annonces en vue de l'embauche d'aides-soignants, mais n'est pas pallié le manque d'IDE. Un IDE [REDACTED] voit son temps de travail augmenté et son poste évolué. La mission a relevé en août</p>	<p>Articles D.344-5-12 et D.344-5-13 du CASF.</p> <p>Alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 du CASF.</p> <p>Article D.451-88 du CASF.</p> <p>Article R.4311-4 du CSP.</p> <p>Bonnes pratiques professionnelles.</p>	<p><b>Injonction maintenue</b></p> <p>a) Engager des démarches actives en vue du recrutement de moniteur éducateur diplômé ;</p> <p>b) Pallier le manque d'effectif d'infirmier diplômé d'Etat ;</p> <p>c) Préciser l'organisation prévue la nuit, pendant la formation (VAE) de la professionnelle concernée ;</p> <p>d) Transmettre l'attestation d'inscription, puis à terme, l'attestation de réussite ;</p>

Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
	<p>d) engager l'un [REDACTED] professionnels AES de nuit en poste [REDACTED] ; l'autre étant déjà engagé dans une démarche de VAE), dans un parcours de qualification au diplôme d'AS ou d'AES ;</p> <p>Adresser pour celui en formation qualifiante, l'attestation d'inscription, ainsi que les diplômes ou attestations de réussite des 2 professionnels concernés ;</p> <p>e) mettre à jour les fiches de postes des surveillants de nuit conformément à leurs missions et responsabilités.</p> <p>Adresser les fiches de postes actualisées.</p>	<p>coordonnateur a été signée le [REDACTED]</p> <p>d) A été transmis, pour l'agent veilleur de nuit non diplômé, [REDACTED] [REDACTED] précisant que la candidature sur la plateforme VAE est bien enregistrée.</p>	<p>dernier, selon le tableau des effectifs employés, un manque d'IDE [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>Il a été noté dans le rapport qu'un IDE est présent [REDACTED] ; absence d'astreinte de nuit ; IDE libérale les soir et week-end.</p> <p>c) et d) Il est pris note de la démarche de VAE engagée. L'établissement est invité à préciser ce qu'il prévoit pendant la durée de formation de la professionnelle concernée : celle-ci restera-t-elle affectée aux nuits ? Dans la négative, préciser qui assurera son remplacement, et le cas échéant, communiquer l'organisation de nuit (plannings).</p> <p>L'établissement n'a pas apporté de réponse au point e).</p> <p>Il n'est répondu que pour partie à l'injonction.</p>		<p>e) Transmettre les fiches de postes actualisées des surveillants de nuit.</p> <p><b>Délai de mise en œuvre :</b></p> <p>a) b) 1 mois</p> <p>c) 1 mois</p> <p>d) 2 ans</p> <p>e) 1 mois</p>

	Thèmes et Sous-Thème IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
Inj 2	3.8-Prise en charge-Soins	<p>L'établissement doit :</p> <p>a) se doter du matériel nécessaire à la prise en charge d'une urgence médicale.</p> <p>Transmettre tout justificatif de preuve.</p> <p>-b) s'équiper d'un défibrillateur automatisé externe et mettre en place une signalétique conforme.</p> <p>Adresser les photos de l'installation du DAE et de sa signalétique.</p> <p>c) afficher la procédure d'urgence vitale ou a minima le numéro d'urgence à appeler.</p> <p>En transmettre la photo.</p> <p>L'établissement devrait formaliser une procédure d'impression du DLU d'un résident au décours d'une urgence médicale et programmer un pré choix d'items de base à imprimer, pouvant être complétés et/ou modifiés par le professionnel en charge de l'impression.</p>	<p>L'établissement :</p> <p>a) a transmis la facture des photos justifiant de l'acquisition d'un sac d'urgence ainsi que de l'ordonnance de la dotation d'urgence en date du 30 janvier 2026, signée du médecin ;</p> <p>b) a adressé une photo du défibrillateur installé et de sa signalétique ;</p> <p>c) a affiché le numéro d'urgence à appeler.</p>	<p>Dont acte.</p> <p>Il n'a pas été adressé de procédure formalisant l'impression du DLU d'un résident.</p>	<p>Articles L.311-3 et D344-5-6 du CASF.</p> <p>Article L.311-3 du CASF, au décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 et à l'arrêté du 29 octobre 2019.</p>	<p><b><u>Injonction transformée en prescription</u></b></p> <p>Une procédure d'impression du DLU est à formaliser.</p> <p>Délai de mise en œuvre :</p> <p>1 mois</p>

**Prescriptions :**

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
Presc 1	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Le règlement de fonctionnement doit être mis à jour et soumis à la consultation des instances représentatives du personnel et du CVS.</p> <p>Transmettre le document actualisé, portant mention de la consultation de ces instances.</p>	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<p>Article R.311-33 du CASF.</p> <p>Articles R.311-36 et R.311-37 du CASF.</p>	<p><b><u>Prescription maintenue</u></b></p> <p>Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>
Presc 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	<p>Le CVS :</p> <p>a) doit être consulté sur le projet d'établissement.</p> <p>Adresser le projet d'établissement complété de l'avis du CVS ;</p> <p>b) ses relevés de conclusion, signés par la présidente ;</p> <p>c) son règlement intérieur doit être approuvé et signé.</p> <p>Transmettre le prochain compte-rendu du CVS, ainsi que le règlement intérieur dûment approuvé et signé.</p> <p>d) doit être informé de « la nature des dysfonctionnements ou des événements ainsi que, le cas échéant, les dispositions</p>	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<p>Article D.311-38-4 du CASF.</p> <p>Article D.311-20 du CASF.</p> <p>Article R.331-10 du CASF</p>	<p><b><u>Prescription maintenue</u></b></p> <p>Délai de mise en œuvre : a) b) c) d) 3 mois</p>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
		prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction ». Transmettre les documents qui en attestent.				
Presc 3	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Le directeur doit détenir un document unique de délégation (DUD). Adresser ce document dûment établi et signé.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		Article D.312-176-5 du CASF.	<b>Prescription maintenue</b> Délai de mise en œuvre : 1 mois
Presc 4	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Un plan bleu conforme aux attendus réglementaires doit être élaboré. Transmettre le document.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		Article R.311-38-1 du CASF.	<b>Prescription maintenue</b> Délai de mise en œuvre : 6 mois
Presc 5	1.4- Gouvernance-Gestion de la qualité	La direction doit : a) organiser la formation de ses professionnels à la bientraitance/maltraitance. Adresser les programmes de formation, dates et attestations de présence des professionnels ; b) doit élaborer un plan global de formation des professionnels de l'EAM, précisant entre autres les formations qualifiantes et les formations obligatoires.	L'établissement : a) précise la présence de deux référents bientraitance et prévention du risque maltraitance (toutes deux titulaires d'un certificat de compétences délivré le 5 février 2024) ; Indique l'organisation de réunions et temps de réflexion en interne sur la bientraitance en 2023, en 2024 et en 2025 avec les professionnels.	Il est pris note des éléments de réponse apportés. a) L'établissement est invité à former régulièrement l'ensemble de ses professionnels à la bientraitance/ maltraitance. b) Le plan de formation 2026 n'a pas été transmis.	Article L.119-1 du CASF. Articles D.344-5-10, 2° ; L.311-1 et L.311-3 du CASF.	<b>Prescription partiellement maintenue, dans l'attente de la transmission du plan de formation 2026 intégrant toutes les formations qualifiantes et obligatoires</b> Délai de mise en œuvre : 3 mois

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
		Transmettre le plan de formation 2026.				
Presc 6	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	L'EAM doit déclarer systématiquement aux autorités de contrôle la totalité des dysfonctionnements et événements graves susceptibles d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		Article L.331-8-1 du CASF.	<b>Prescription maintenue</b> Délai de mise en œuvre : Immédiat
Presc 7	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	La direction doit : a) adresser les attestations d'inscription à l'ordre des infirmiers ; b) s'assurer que les dossiers administratifs des professionnels font état de la traçabilité de la vérification du bulletin de casier judiciaire. Faire parvenir les justificatifs de preuve.	a) L'établissement a adressé pour [REDACTED] IDE, [REDACTED] attestations et notifications d'inscription à l'ordre national des infirmiers [REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED] attestation d'inscription à l'ordre national des infirmiers n'a pas été transmise. Il n'a été apporté réponse que pour partie à la prescription. La preuve de la traçabilité de la vérification du bulletin de casier judiciaire dans les dossiers administratifs des professionnels n'a pas été produite.	Article L.4311-15 du CSP. Article L.133-6 du CASF.	<b>Prescription maintenue</b> Délai de mise en œuvre : a) et b) 6 mois
Presc 8	2.3-Fonction support- Gestion d'informations	S'agissant des dossiers de soins et médicaux : a) Les dossiers en version « papier » doivent être rangés et stockés dans des armoires fermées à clé.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		Article L.1110-4 du CSP. Articles R.4312-35 du CSP et L.311-3 du CASF.	<b>Prescription maintenue</b> Délai de mise en œuvre : a) b) c) d) e) 3 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
	<p>b) Les professionnels de santé vacataires doivent disposer de codes d'accès individuels au logiciel de soins. Transmettre les justificatifs de preuve.</p> <p>c) Les soins et l'évaluation de la douleur doivent être tracés en temps réel en réalisant des audits réguliers de pratique après sensibilisation des professionnels.  Transmettre les attestations de formation-sensibilisation des professionnels à la traçabilité des soins et de l'évaluation de la douleur en temps réel, ainsi que les résultats de l'audit réalisé.</p> <p>d) Les médecins doivent systématiquement prescrire les traitements directement dans le logiciel de soins</p> <p>e) Chaque kinésithérapeute doit tracer systématiquement et régulièrement les bilans et soins effectués.</p>			<p>Articles L.1112-4, R.4311-2, R.4311-3 du CSP et D.344-5-3 du CASF.</p> <p>Article R.4321-2 du CSP.</p>	

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
		Adresser les extractions du logiciel de soins.				
Presc 9	2.3-Fonction support-Gestion d'informations	<p>Un registre légal des entrées et des sorties des résidents doit être mis en place, tenu à jour, côté et paraphé par la direction et par le maire de la commune.</p> <p>Transmettre des photos d'ouverture du registre, des paraphes et de sa tenue à jour.</p>	Des photos du registre ouvert en 2017 et paraphé du maire ont été produites.	Elles ne font pas état des dernières entrées réalisées, en février 2025 au titre de l'hébergement permanent, et en avril 2025 au titre de l'hébergement temporaire. L'EAM est appelé à être vigilant sur la tenue à jour du registre des entrées et des sorties.	Articles L.331-2 et R.331-5 du CASF.	Prescription retirée.
Presc 10	2.5-Fonction support-Sécurité	<p>Le fonctionnement du système d'appel malade et le temps de réponse doivent garantir la sécurité des résidents.</p> <p>Transmettre les documents portant traçabilité des réponses aux appels malades et analyse du temps de réponse pour le mois de janvier 2026.</p>	<p>L'établissement indique être dans l'attente de plusieurs devis.</p> <p>Deux sociétés se sont déplacées afin de comprendre le besoin (améliorer le système actuel afin d'avoir un regard sur le délai d'acquittement des sonneries d'urgence). Il n'est techniquement pas possible pour eux de donner suite.</p> <p>Il a beaucoup de difficultés sur ce point ; le budget ne permettant pas de désinstaller le système actuel (qui fonctionne parfaitement) pour réinstaller un nouveau système complet.</p>	Il est pris note des éléments de réponse et de la démarche engagée en vue d'une solution viable.	Article L.311-3 (1°) du CASF.	<p><b><u>Prescription maintenue</u></b></p> <p>Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
			L'établissement précise en toute transparence être toujours dans la recherche d'une solution viable.			
Presc 11	3.1-Prise en charge- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p>a) La procédure d'admission des usagers (comprenant les diverses étapes ; la mission de chaque professionnel y prenant part ; les éventuels critères de refus ; ...) doit être formalisée.</p> <p>Adresser la procédure d'admission.</p> <p>b) Le contrat de séjour (ou DIPC) doit être révisé afin de répondre aux exigences réglementaires.</p> <p>Communiquer la trame de contrat de séjour (ou DIPC) mis à jour.</p> <p>-Une procédure formalisant l'élaboration et le suivi des PIA devrait être établie.</p>	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<p>Article L.311-3 3° du CASF.</p> <p>Articles D.311 du CASF et suivants;</p> <p>Article L.311-4 du CASF et suivants.</p>	<p><b><u>Prescription maintenue</u></b></p> <p>Délai de mise en œuvre :</p> <p>a) et b)</p> <p>3 mois</p>
Presc 12	3.8-Prise en charge-Soins	<p>Les protocoles de soins et d'urgence doivent être datés et signés du médecin.</p> <p>Transmettre un état des protocoles de soins et d'urgence datés et signés.</p>	<p>L'établissement a transmis des protocoles infirmiers signés par le médecin, avec pour date d'application le 13 mai 2025 :</p> <p>-protocole de vaccination grippe/ COVID ; en cas de diarrhées ; toilette post-mortem ;</p>	Il n'a pas été communiqué un état des protocoles de soins et d'urgence datés et signés.	Articles R.4311-7, R.4311-8 et R.4311-14 du CSP	<p><b><u>Prescription maintenue</u></b></p> <p>Délai de mise en œuvre :</p> <p>3 mois</p>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
			-conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques ; -soins bucco-dentaires des résidents dépendants ; -mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion lors des cas de coqueluche en ESMS ; -conduite à tenir lors de fugue ou de disparition ; réagir en cas d'attaque terroriste ; -prévention et maîtrise de la diffusion de gastro-entérites aiguës virales saisonnières ESMS ; -hygiène des mains ; -présence d'animaux en EMS et risque infectieux.			
Presc 13	3.8-Prise en charge-Soins	Concernant les médicaments : a) Une procédure détaillant le contenu et les modalités de formation et d'habilitation des AS, AES/AMP amenés à aider à la prise doit être rédigée. Adresser la procédure validée et signée, ainsi que la	L'établissement a apporté réponse au point c), par l'envoi d'une photo de pilulier avec identification des résidents	Dont acte de la réponse au point c). Il n'est répondu que pour partie à la prescription.	Article L.313-26 du CASF et article R.4312-36 du CSP ; recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'OMED.IT Île de France.	<b><u>Prescription maintenue, sur les points a) b) et d)</u></b> Délai de mise en œuvre : 3 mois

Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
	<p>preuve des formations dispensées (contenu, attestations de validation et de présence) ;</p> <p>b) Leur conservation doit se faire dans des armoires et chariots fermés à clé. Leur administration doit être tracée en temps réel.</p> <p>Transmettre tout document ou toute preuve en attestant ; Une liste des médicaments constituant le stock de la dotation pour besoins urgents devrait être établie, et la vérification des dates de péremption, tracées.</p> <p>c) La photographie du résident doit être systématiquement apposée sur les piluliers afin de garantir une identitovigilance fiable, notamment par le personnel vacataire. Adresser une photo des piluliers, portant identification du résident.</p> <p>d) Lors d'un contrôle, le coffre à stupéfiants doit pouvoir être ouvert et le</p>			<p>Articles R.5126-109 et R.4312-39 du CSP.</p> <p>Article L.311-3 du CASF.</p> <p>Article R.5132-36 du CSP. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p>	

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Texte de référence	Décision et délai de mise en œuvre
		registre d'administration des stupéfiants, présenté. L'utilisation du coffre à stupéfiants et du registre d'administration doit être formalisée. Communiquer la procédure d'utilisation.				
Presc 14	4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	La direction doit signer une convention avec un établissement de soins disposant d'un service d'urgence. Transmettre la convention dûment datée et co-signée.	L'établissement a envoyé copies de courriers adressés [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]	Il est pris note des démarches engagées.	Article D.344-5-6 du CASF.	<b>Prescription maintenue, dans l'attente de la transmission d'une convention partenariale datée et co-signée</b> Délai de mise en œuvre : 6 mois

**Recommandations :**

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Décision
Reco 1	1.2-Gouvernance-Management et Stratégie	a) L'organigramme devrait être actualisé, mentionner le nom des professionnels et le nombre d'ETP par poste. Le personnel relevant de chaque unité devrait être mieux identifié.	a) Un organigramme au 1 <sup>er</sup> janvier 2026 a été transmis.	a) Les noms des professionnels y sont pour partie, inscrits ; les ETP par poste ne sont pas indiqués. Il est noté l'organisation par pôles :	<b>Recommandation maintenue sur les points a), c), d) e) et f).</b>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Décision
		Il devrait également être affiché ; b) [REDACTED] ; c) Les membres de l'équipe éducative devraient être précisément identifiés ; d) La direction devrait mettre en place des réunions de direction ; e) Les horaires d'ouverture de la structure et les arrêtés d'autorisation et de dotation globale devraient être affichés ; f) Les réparations à effectuer et effectuées devraient être suivies.		-médical ; -paramédical avec un IDE coordonnateur ; -éducatif avec une coordonnatrice ; -administratif. Il n'a pas été envoyé de preuve de son affichage. b) Il est relevé que la coordonnatrice éducative encadre désormais les AES de jour, les AES/AS de nuit et moniteurs d'atelier. Il n'a été répondu que pour partie, à la recommandation.	
Reco 2	1.2- Gouvernance-Management et Stratégie	Des procédures devraient être formalisées, en matière de : - continuité de direction en l'absence du directeur (le professionnel en charge alors de la gestion devrait disposer d'une délégation dûment établie) ; - d'astreinte-permanence, avec diffusion auprès de l'ensemble des professionnels) ; - d'accueil des nouveaux professionnels ;	Une délégation de pouvoir établie entre le directeur et la cheffe de service [REDACTED] a été produite. Il n'a pas été adressé d'élément de réponse portant formalisation de procédures en matière d'astreinte-permanence et d'accueil des nouveaux professionnels.	La délégation de pouvoirs précise le périmètre (dont le remplacement du directeur en son absence), les limites [REDACTED]	<b><u>Recommandation maintenue, s'agissant de la communication des procédures d'astreinte-permanence et d'accueil des nouveaux professionnels.</u></b>
Reco 3	1.4- Gouvernance-	La direction devrait :	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Décision
	Gestion de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- veiller à ce que le groupe d'analyse des pratiques se tienne une fois par mois, animé par un psychologue extérieur, pour prévenir les éventuelles situations de maltraitance ;</li> <li>- formaliser une procédure de gestion des éventuelles situations de maltraitance</li> </ul>			
Reco 4	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>La direction devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-organiser annuellement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents ainsi que des familles, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ;</li> <li>- réaliser systématiquement des suivis et bilans des réclamations.</li> </ul>	<p>L'établissement a transmis les résultats d'un questionnaire à destination des usagers [REDACTED]</p> <p>Il n'a pas été transmis d'élément de réponse concernant la réalisation systématique des suivis et bilans des réclamations.</p>	<p>[REDACTED] réponses ont été apportées. [REDACTED] des usagers ne s'ennuient pas ; les professionnels sont engagés dans la culture de la bientraitance ; [REDACTED] ne sont pas gênés par l'attitude, le mot ou la manière de faire lors de l'intervention d'un professionnel ; un professionnel référent pour le projet personnalisé. Les résidents savent ce qu'est le projet personnalisé ; il correspond aux attentes. Des activités sont mises en place. Ils conseillent l'établissement sans hésitation, pour [REDACTED] d'entre eux.</p>	<p><b>Recommandation maintenue.</b></p> <p>L'établissement est invité à organiser une enquête annuelle de satisfaction auprès des résidents ainsi que des familles, et à réaliser systématiquement des suivis et bilans des réclamations.</p>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Décision
Reco 5	1.5- Gouvernance- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>La direction devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-former l'ensemble des professionnels aux modalités d'identification et de déclaration des événements indésirables et EIG ;</li> <li>-mettre en place un suivi, une analyse, un retour d'expérience ainsi qu'un bilan des EI, dans un but d'amélioration de la prise en charge des résidents</li> </ul>	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>
Reco 6	2.1-Fonctions support- Gestion des RH	La direction devrait formaliser des conventions avec les professionnels de santé extérieurs (masseur-kinésithérapeute et podologue).	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>
Reco 7	2.3-Fonction support- Gestion d'informations	L'établissement devrait réviser le protocole douleur et décider quelle échelle unique d'évaluation et fiche de suivi de la douleur sont à privilégier au quotidien.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>
Reco 8	3.3-Prise en charge-Vie sociale et relationnelle	L'établissement devrait sensibiliser les professionnels à la traçabilité des soins d'hygiène corporelle et des changements de protections des résidents et effectuer des audits de pratique.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>
Reco 9	3.4-Prise en charge-Vie quotidienne - Hébergement	L'affichage concernant les régimes alimentaires et les textures modifiées des résidents devrait être tenu régulièrement à jour et suffisamment explicite.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>

	Thèmes et Sous-Thèmes IGAS	Mesure envisagée	Réponse de l'établissement	Analyse	Décision
		L'établissement devrait mettre en œuvre des consultations et un suivi diététique pour les résidents afin de prévenir toute complication liée au surpoids ou à la dénutrition. La pesée mensuelle des résidents devrait être systématique.			
Reco 10	3.8-Prise en charge-Soins	L'établissement devrait rédiger et mettre en place une procédure et une fiche de traçabilité de la surveillance de la température (qui doit être comprise entre +2° et +8°C) et de conduite à tenir en cas d'anomalie, de la vérification des médicaments thermosensibles périmés, ainsi que de l'entretien de l'enceinte réfrigérée.	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>
Reco 11	4.2-Relations avec l'extérieur-Coordination avec les autres acteurs	La convention passée avec la pharmacie d'officine devrait être complétée et rendue conforme aux recommandations de bonnes pratiques et à la convention type proposée par l'OMEDIT Ile-de-France (structurée en 4 parties).	L'établissement n'a pas apporté d'élément de réponse.		<b><u>Recommandation maintenue.</u></b>