



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Service émetteur : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de  
l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Inspection-Contrôle  
Affaire suivie par : [REDACTED]  
Courriel : [REDACTED]  
Téléphone : [REDACTED]  
Réf. Interne : N° PRIC : MS\_2025\_32\_CS\_02  
Date : 09/12/2025

Monsieur le Président  
ANRAS  
3, chemin du Chêne Vert  
31130 FLOURENS

**Courrier RAR n° 1A 204 7016584 9**

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'établissement

**Objet : Inspection de l'IME « Mathalin » à Auch (32)**  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ : Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives**

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection réalisée au sein de l'IME « Mathalin »\_sis 1, chemin de Cougeron – 32000 Auch (site principal) et 13, route d'Engachies – 32000 Auch (site annexe) en date des 25 et 26 juin 2025, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 24/09/2025, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 10/11/2025.

Après recueil et analyse de vos observations, je vous notifie ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Dans ce cadre et dans le délai prescrit, j'attire, notamment, votre attention sur la nécessité de rétablir le fonctionnement du PCPE, en conformité avec le cahier des charges applicable à ce dispositif et les termes de l'autorisation accordée, d'ici la fin de cette année. Il en est de même, concernant l'accueil de jour polyhandicap et l'accueil de jour autisme (TSA).

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à la Délégation départementale du Gers, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions et recommandations.

Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

En application des articles L.121-1 et L.122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

.../...

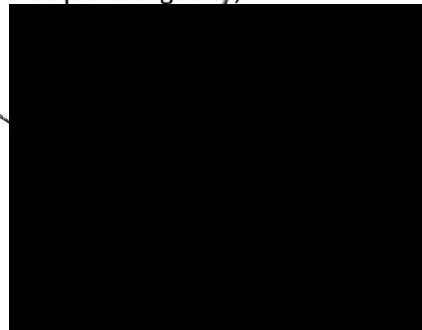
Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame le ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible sur le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

P/ Le Directeur Général  
et par délégation,



**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle  
Pôle Régional Inspection Contrôle**

## **Tableau de synthèse des écarts et des remarques Inspection de l'IME « MATHALIN » :**

**(1, chemin du Cougeron (site principal) et 13, route d'Engachies (site annexe – accueil de jour polyhandicap)  
FINESS ET : 320780299  
N° PRIC 2025 : MS\_2025\_32\_CS\_02**

**Du 25 et 26 juin 2025**

Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Une **injonction** est l'expression écrite d'un ordre, d'un commandement donné par l'autorité administrative de faire ou de ne pas faire quelque chose, de remédier dans un délai défini, précis, raisonnable et suffisant, à une situation de non-conformité au cadre juridique de l'activité ou à un risque majeur, et ce de manière explicite, et sous peine éventuelle de sanctions elles-mêmes prévues par la loi ou le règlement (CSP et/ou CASF -art. L313-14, L313-14-1 et L313-16-).

Une **prescription** est l'expression écrite de la nécessité de corriger des non-conformités à des références juridiques, mais elle se distingue de l'injonction et de la mise en demeure par un niveau de risque ne justifiant pas, au regard de la situation, une injonction. A l'égard de l'entité inspectée, la prescription a la même valeur contraignante que l'injonction concernant l'obligation de faire ou de cesser de faire.

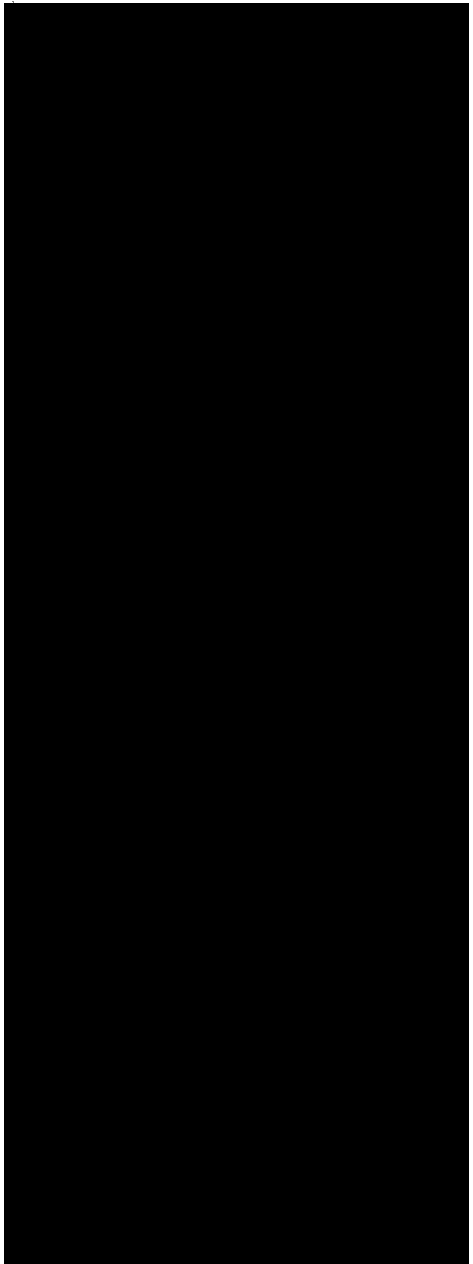
Une **recommandation** est l'expression écrite de propositions de mesures visant à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique.

Ecart	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision des autorités
<p><b>Ecart 1</b> Le gestionnaire ne respecte pas l'autorisation accordée, en termes d'accueil des usagers par modalité d'accompagnement en hébergement permanent D.I. Le capacitaire total autorisé est sous-occupé.</p>	<p><b>L313-1, L314-5 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 1 :</b> Le gestionnaire doit respecter l'autorisation dont il est titulaire au titre de l'IME.</p> <p>Au regard de la sous-activité constatée au sein de l'IME, le gestionnaire doit établir un plan d'action permettant une montée en charge de l'activité.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité et le plan d'action demandés.</p>	<p>Immédiatement</p>	<p>[Redacted]</p>	<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>immédiatement</u></b></p>

--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 2</b> L'établissement ne dispose pas d'un registre des entrées et des sorties coté et paraphé par le maire de la commune d'Auch.</p>	<p><b>L331-2 et R331-5 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 2 :</b> Le gestionnaire doit mettre en place et faire coter et parapher le registre des entrées et sorties par le maire d'Auch.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>immédiatement</u></b></p>

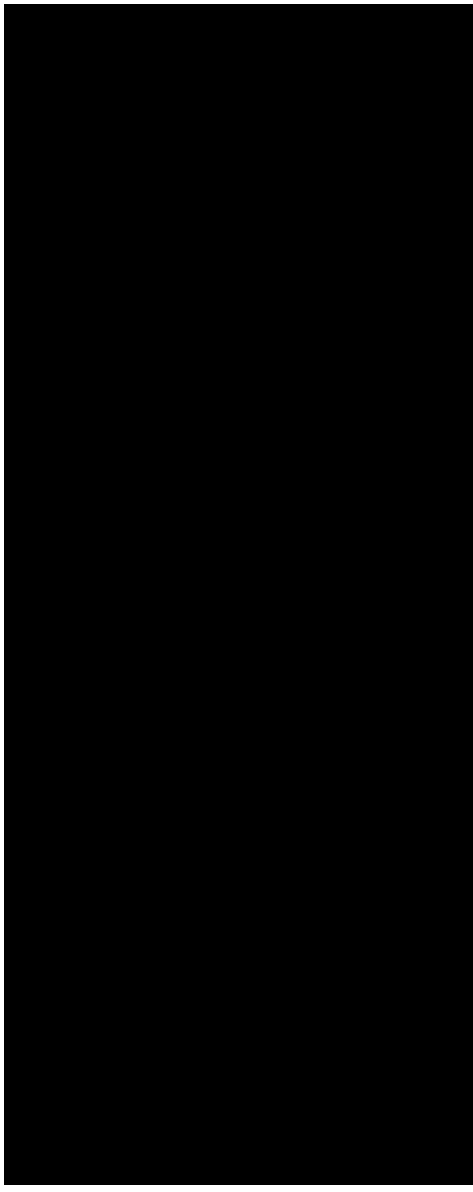

		mise en conformité demandée.			
<p><b>Ecart 3</b> Le règlement de fonctionnement ne répond que partiellement aux attendus réglementaires.</p>	<p><b>R311-33 à R311-37 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 3 :</b> Le gestionnaire doit mettre en conformité le règlement de fonctionnement avec les attendus réglementaires.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

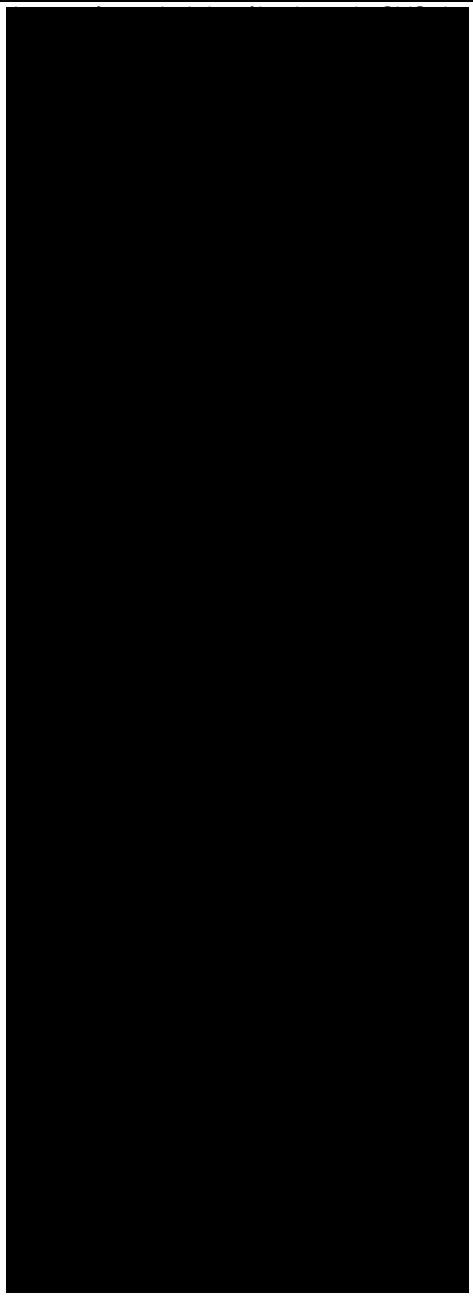
<p><b>Ecart 4</b> L'IME ne dispose pas d'un projet d'établissement valide. Les professionnels de l'IME sont inégalement associés à la démarche d'élaboration du projet d'établissement en cours.</p>	<p><b>L246-1, L311-3, L311-8, R311-38-1 à R311-38-5, D312-12, D312-84 CASF ; Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap ; RBPP HAS/ANESM « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » (décembre 2009) ; Autres RBPP HAS-ANESM applicables au médico-social (dont celles applicables aux accompagnements spécifiques effectués par l'établissement) ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie</b></p>	<p><b>Prescription 4 :</b> Le gestionnaire doit élaborer et formaliser un projet d'établissement pour l'IME.</p> <p>Transmettre à l'ARS le nouveau projet d'établissement validé.</p>	<p>31/03/2026</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/03/2026</u></b></p>
--	--	---	-------------------	--	---

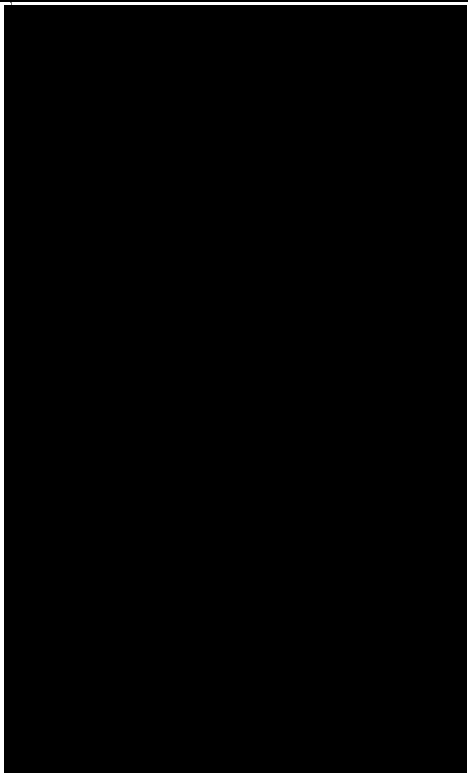
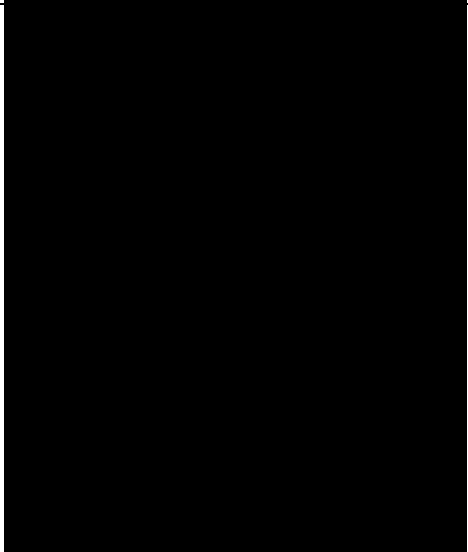
--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 5</b>  Les modalités opérationnelles permettant de garantir la continuité de la fonction de direction au sein de l'IME ne sont que partiellement mises en place.  Il n'existe pas de formation spécifique "astreintes" pour les professionnels désignés pour les assumer.</p>	<p><b>D311-3, 1° CASF</b></p>	<p><b>Prescription 5 :</b>  1)  Le gestionnaire doit formaliser l'organisation permettant de garantir la continuité de direction au sein de l'IME.  Dans ce cadre, la continuité de direction ne doit être assurée que par des professionnels ayant une connaissance avérée du fonctionnement de l'IME (notamment en matière de gestion des ressources humaines soignantes) et des exigences réglementaires qui lui sont applicables</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>    <b>Délai de réalisation :</b>  <u><b>31/12/2025</b></u></p>

		<p>(notamment en matière de sécurité).</p> <p>2) L'établissement doit mettre en place une formation spécifique pour toutes les personnes nouvellement arrivées et devant participer au roulement des astreintes administratives.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>			
--	--	--	--	--	--

					
<b>Ecart 6</b> Le CVS ne dispose pas d'un règlement intérieur valide.	<b>L311-6, D311-3 à D311-32-1 CASF</b>	<b>Prescription 6 :</b> 1) L'établissement doit mettre en place un	31/12/2025		<b>Ecart maintenu</b> <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise</b>

<p>Depuis le 1er janvier 2025, le CVS de l'établissement n'a pas été réuni.</p>		<p>règlement intérieur pour le CVS.</p> <p>2) L'établissement doit réunir le CVS, selon les modalités légales.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>			<p>en conformité demandée.</p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>
---	--	--	--	---	--

<p><b>Ecart 7</b> L'affichage des documents d'information réglementaires à destination des usagers et de leurs familles n'est pas effectif.</p>	<p><b>L311-4, R311-34, D311-38-4 du CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3 ; L112-1 du Code de la consommation</b></p>	<p><b>Prescription 7 :</b> L'établissement doit procéder à l'affichage des documents d'information réglementaires à destination des usagers et de leurs familles.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart levé</b></p>
<p><b>Ecart 8</b> Concernant la communication interne et de dialogue social, la situation interne globale de l'IME est dégradée et peu propice à l'accomplissement serein des accompagnements des jeunes accueillis.</p>	<p><b>L311-3 CASF ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie ; RBPP HAS-ANESM applicables au médico-social, notamment au secteur des personnes en situation de handicap</b></p>	<p><b>Prescription 8 :</b> Le gestionnaire doit rétablir une communication interne et un dialogue social de qualité.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>  <b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 9</b> L'IME ne dispose pas d'une procédure de déclaration des événements indésirables opérante.</p>	<p><b>L331-8-1 CASF ; Arrêté ministériel du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales</b></p>	<p><b>Prescription 9 :</b> Le gestionnaire doit mettre en place une procédure de gestion des événements indésirables en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intégrant les onze catégories d'EIG devant être obligatoirement déclarés aux autorités ;</li> <li>- précisant le processus de leur traitement ;</li> <li>- les coordonnées du point d'entrée régional unique de réception des signaux de l'ARS Occitanie (tél. : 0800 301 301 (7/7 – 24/24) – courriel : ars-oc-alerte@ars.sante.fr)</li> </ul>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

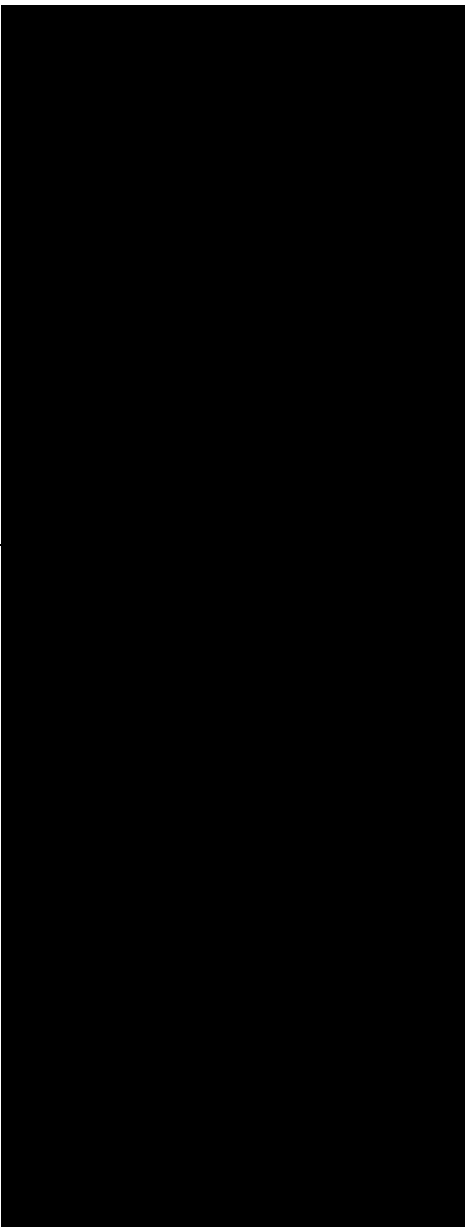

		Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.			
<p><b>Ecart 10</b> Le plan bleu ne répond que partiellement aux attendus réglementaires et n'est pas intégré dans le projet d'établissement.</p>	<p><b>L311-8 et R311-38-1 CASF ; Arrêté du 12 février 2024 fixant la liste des établissements et services médico-sociaux mentionnée à l'article L. 311-8 du CASF</b></p>	<p><b>Prescription 10 :</b> Le gestionnaire doit compléter le plan bleu de l'IME et l'intégrer dans le projet d'établissement de celui-ci.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

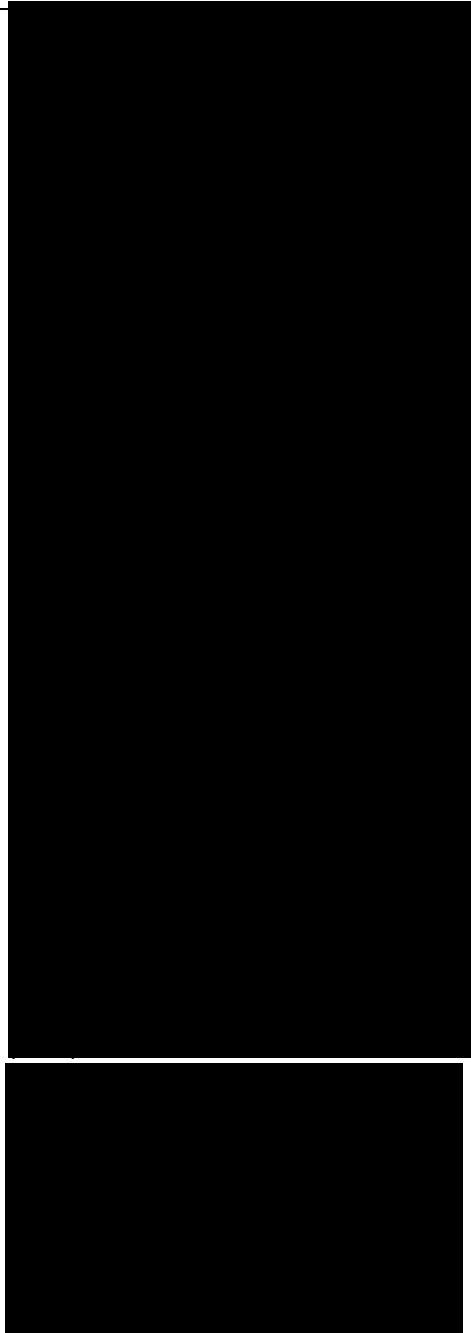
--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 11</b> La gestion des ressources humaines et le management général des équipes sont défaillants. Le climat social est dégradé. Cette situation est alimentée, à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par une gouvernance institutionnelle défaillante ;</li> <li>- Par une perte de sens dans les missions à accomplir ;</li> <li>- Par des prises de pouvoir intempestives d'un petit nombre de personnels opposé à tout changement.</li> </ul>	<b>L311-3 CASF</b>	<p><b>Prescription 11 :</b> Il est demandé au gestionnaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) De rétablir, à demeure, une direction à temps plein</li> <li>2) De rétablir une gestion des ressources humaines opérante.</li> <li>3) De rétablir un management général des équipes efficient.</li> <li>4) De déterminer et mettre en œuvre un nouveau projet global pour l'IME prompt à fédérer les équipes.</li> </ol> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	Immédiatement	Immédiatement	Immédiatement	31/03/2026	<p><b>Ecart partiellement levé :</b> La mission prend acte de l'arrivée sur poste d'un nouveau directeur à temps plein, à compter du [REDACTED]. En revanche, maintien des autres mesures correctives demandées, à savoir :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rétablir une gestion des ressources humaines opérante</li> </ol> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) rétablir un management général des équipes efficient</li> </ol> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Déterminer et mettre en œuvre un nouveau projet global pour l'IME prompt à fédérer les équipes.</li> </ol> <p><b>Délai de réalisation : <u>31/03/2026</u></b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les</b></p>

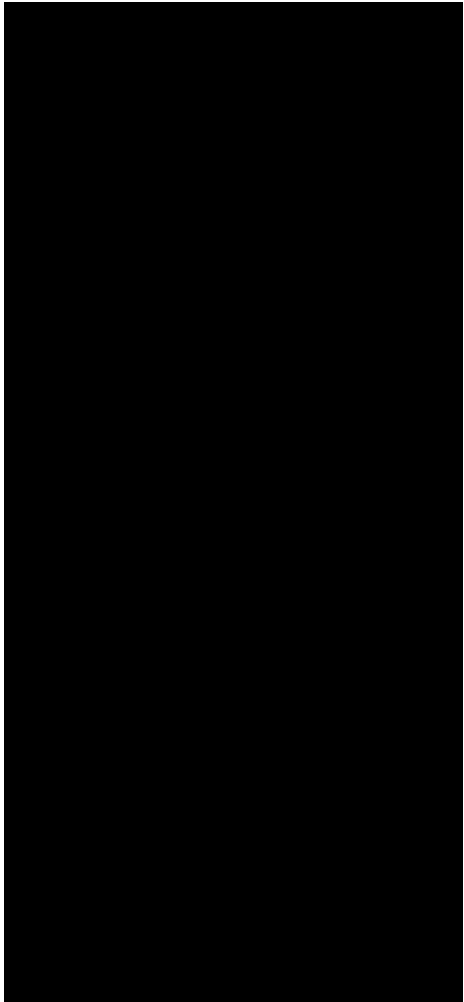
					<b>preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</b>
--	--	--	--	--	---

--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 12</b> Le dossier administratif du Docteur [REDACTED] psychiatre salarié de l'établissement, ne contient pas les pièces légales attendues pour prouver sa qualification et sa capacité à exercer.</p>	<p><b>L4111-1 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 12 :</b> Le gestionnaire doit compléter le dossier administratif du Dr. [REDACTED] psychiatre salarié de l'établissement.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart levé</b></p>
<p><b>Ecart 13</b></p>	<p><b>L4311-15 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 13 :</b></p>	<p>Immédiatement</p>		

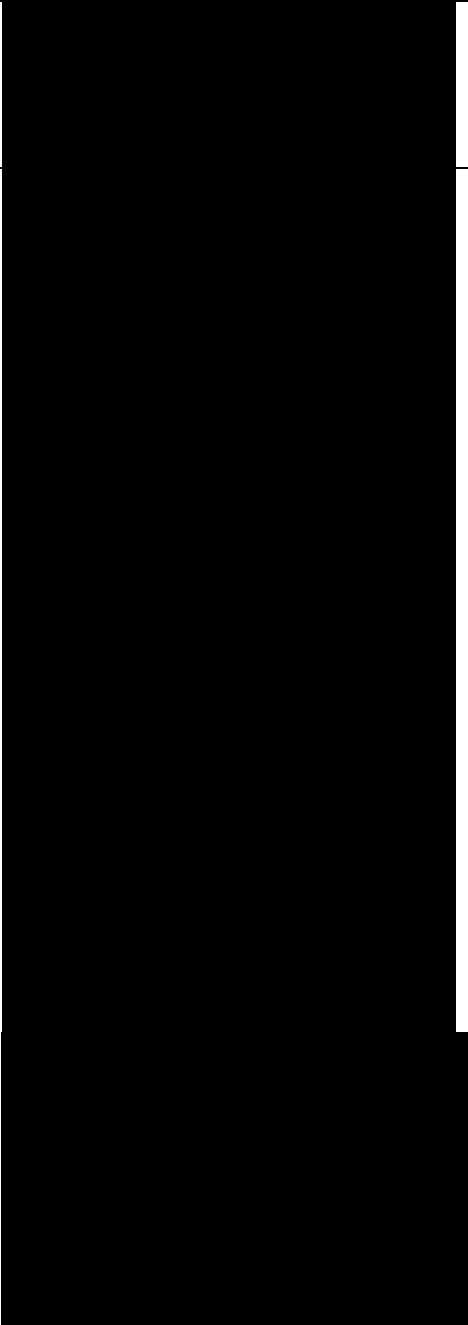
<p>Par défaut de production d'une preuve valide d'inscription au tableau de l'ordre des infirmiers, les personnels IDE salariés se trouvent en situation d'exercice illégal d'une profession réglementée</p>		<p>Les IDE (IDEC comprise) doivent s'inscrire au tableau de l'ordre des infirmiers.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			<p><b>Ecart levé</b></p>
--	--	---	--	---	--------------------------

<p><b>Ecart 14</b> Les dossiers administratifs de la psychologue, de l'orthophoniste, de la psychomotricienne et de l'assistante sociale ne contiennent pas la preuve d'une inscription au répertoire RPPS.</p>	<p><b>Arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » - RPPS</b></p>	<p><b>Prescription 14 :</b> Les dossiers administratifs de la psychologue, de l'orthophoniste, de la psychomotricienne et de l'assistante sociale doivent être complétés avec la preuve d'une inscription au répertoire RPPS.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart partiellement levé :</b> La mission prend acte de la transmission du diplôme d'Etat de l'auxiliaire de puériculture et de l'enregistrement au RPPS de la psychologue, de l'orthophoniste, de la psychomotricienne</p> <p>En revanche, maintien des autres mesures correctives demandées, à savoir :</p> <p>1) AS / AMP / AES : Collecter les diplômes d'Etat de tous les agents concernés, à fins de versement dans leurs dossiers administratifs</p> <p>2) Assistante sociale : Collecter la preuve de l'inscription effective au RPPS avec indication du numéro RPPS à la professionnelle.</p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <u>Immédiatement</u></p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>

<p><b>Ecart 15</b>  Les dossiers administratifs de personnels moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés et éducateurs techniques spécialisés salariés de l'établissement ne contiennent pas les pièces légales attendues</p>	<p><b>D451-41 à D451-41-1 CASF ; D451-52 à D451-52-1 CASF ; D451-73 à D451-78 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 15 :</b>  Les dossiers administratifs de personnels moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés et éducateurs techniques spécialisés salariés doivent être complétés avec les pièces légales attendues pour prouver leur</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart partiellement levé. Une partie seulement des diplômes manquants a été transmise.</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les Diplômes manquants.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

pour prouver leur qualification et leur capacité à exercer.		qualification et leur capacité à exercer.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.			
<b>Ecart 16</b> Le dossier administratif du personnel auxiliaire de puériculture salarié de l'établissement ne contient pas les pièces légales attendues pour prouver sa qualification et sa capacité à exercer.	<b>L4392-1 à L4392-6 CSP</b>	<b>Prescription 16 :</b> Le dossier administratif du personnel auxiliaire de puériculture salarié de l'établissement doit être complété avec les pièces légales attendues pour prouver sa qualification et sa capacité à exercer.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		<b>Ecart levé</b>
<b>Ecart 17</b> L'établissement ne dispose pas d'un référent	<b>L311-12 et D311-40 CASF</b>	<b>Prescription 17 :</b> Le gestionnaire doit procéder à la désignation	Immédiatement		

<p>pour les activités physiques et sportives dument désigné</p>		<p>d'un référent pour les activités physiques et sportives.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>
<p><b>Ecart 18</b> Les dossiers des salariés ne comportent pas systématiquement le bulletin extrait du casier judiciaire.</p>	<p><b>L133-6 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 18 :</b> Le gestionnaire doit compléter les dossiers des salariés avec le bulletin extrait du casier judiciaire.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

<p><b>Ecart 19</b> Le plan de formation des personnels ne répond pas prioritairement aux besoins repérés par l'institution au regard des usagers qui y sont accompagnés et des référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM.</p>	<p><b>L311-3 CASF, RBPP HAS-ANESM applicables médico-social, notamment secteur personnes situation handicap</b> au au des en de</p>	<p><b>Prescription 19 :</b> Le gestionnaire doit établir un plan de formation répondant prioritairement aux besoins repérés par l'institution, au regard des usagers qui y sont accompagnés et des référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

<p><b>Ecart 20</b> Les conditions d'installation de l'IME sont complexes, datées et vulnérables aux aléas climatiques. Elles ne répondent pas à la réglementation, à savoir qu'elles ne comprennent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un cabinet médical équipé, précédé d'une salle d'attente</li> <li>• Une infirmerie de deux ou trois chambres individuelles.</li> <li>• Un registre de l'état sanitaire qui mentionne tous les accidents ou incidents</li> </ul>	<p><b>L311-3 et D312-27 à 33 CASF ; RBPP HAS-ANESM applicables au médico-social, notamment au secteur des personnes en situation de handicap ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2 et 3 ; Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance</b></p>	<p><b>Prescription 20 :</b> En lien étroit avec le nouveau projet d'établissement à élaborer et à formaliser, le gestionnaire doit déterminer un schéma directeur immobilier prompt à répondre aux besoins des accompagnements des usagers et à offrir des conditions d'installation aux normes. <u>Le projet afférent et son plan de financement doivent être présentés à l'ARS, pour validation préalable à sa mise en œuvre.</u></p>	<p>31/03/2026</p>		<p><b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>  <b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/03/2026</u></b></p>

<p>survenus, ainsi que les hospitalisations effectuées. Elles ne garantissent pas le confort, l'intimité et un environnement familial et adapté, pour les usagers accompagnés. Les conditions de sécurité et la traçabilité ne sont pas assurées, concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'entretien ménager des locaux ;</li> <li>- L'entretien et l'opérationnalité des équipements ménagers exploités ;</li> <li>- L'entretien et la mise en sécurité des dispositifs électriques.</li> </ul> <p>La conservation des produits alimentaires dans les réfrigérateurs des unités de vie et le suivi des péremptions sont défectueux. Les conditions de stockage sont anarchiques.</p>		<p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p>			
--	--	--	--	--	--

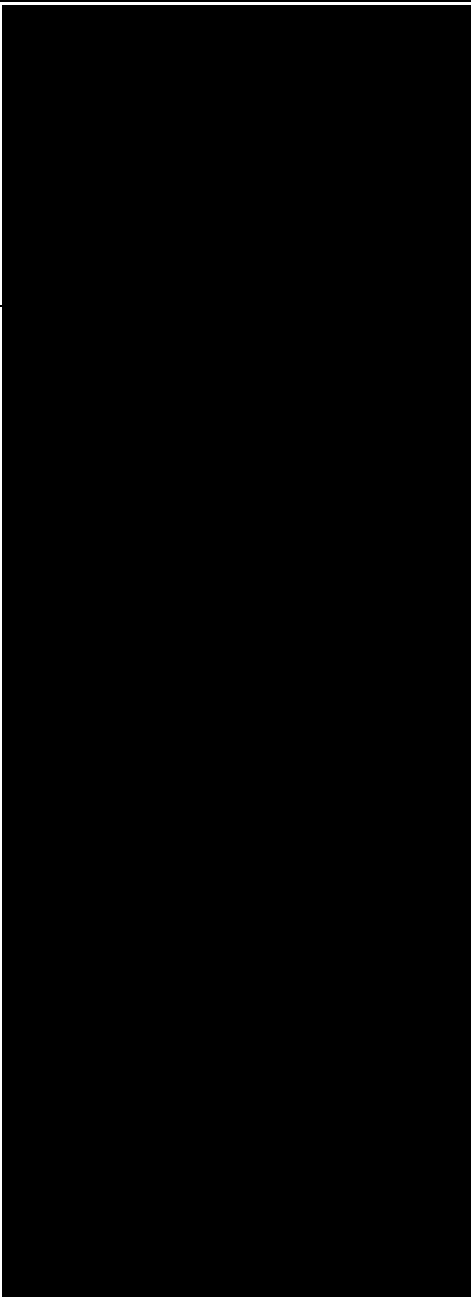
--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

<p><b>Ecart 21</b> Sur chacun des sites constitutifs de l'IME, la sécurité des personnes accueillies n'est pas assurée, en cas de défaillance du réseau d'énergie.</p>	<p><b>L311-3 et R313-31 CASF, R732-15 Code de la sécurité intérieure</b></p>	<p><b>Prescription 21 :</b> Le gestionnaire doit assurer la sécurité des personnes accueillies, en cas de défaillance du réseau du réseau d'énergie.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

<p><b>Ecart 22</b> Le contenu du livret d'accueil n'est que partiellement conforme aux attendus réglementaires.</p>	<p><b>L311-4 CASF ; Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p><b>Prescription 22 :</b> Le gestionnaire doit mettre le contenu du livret d'accueil en conformité avec la réglementation.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

<p><b>Ecart 23</b> L'établissement n'est pas en capacité d'indiquer si tous les jeunes accompagnés disposent d'un projet individuel d'accompagnement (PIA) co-construits. Il en est de même, concernant les réévaluations de PIA.</p>	<p><b>L311-3 et D312-19 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 23 :</b> Le gestionnaire doit procéder à l'élaboration et à la rédaction de PIA pour chacun des usagers accompagnés. Il en est de même pour les PIA rédigés, concernant leur réévaluation/réécriture périodique.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

<p><b>Ecart 24</b> L'établissement n'a pas été en mesure de détailler la prise en charge éducative en ce qui concerne l'autonomie, la communication et la socialisation de l'enfant</p>	<p><b>L311-3 et D312-19 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</b></p>	<p><b>Prescription 24 :</b> Le gestionnaire doit procéder à l'élaboration et à la rédaction du contenu de la prise en charge éducative en ce qui concerne l'autonomie, la communication et la socialisation de l'enfant accompagné par l'IME. Cette démarche doit être effectuée, en lien avec la détermination du projet d'établissement.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b> <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>  <b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

		Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.			
<p><b>Ecart 25</b> L'établissement n'a pas été en mesure d'explicitier les modalités d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi régulier et d'évaluation du PIA. Il en est de même, concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'association des familles à l'élaboration des PIA, à leur mise en œuvre, à leur suivi régulier et à leur évaluation ;</li> <li>- La transmission des informations détaillées sur la situation de l'enfant à la famille au moins une fois par semestre ;</li> <li>- L'invitation faite aux parents à rencontrer les professionnels au moins une fois par an ;</li> <li>- La saisine des parents de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.</li> </ul>	<p><b>D312-14 CASF RBPP HAS-ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (décembre 2008)</b></p>	<p><b>Prescription 25 :</b> Le gestionnaire doit déterminer, formaliser et mettre en œuvre une procédure opérationnelle relative aux modalités d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi régulier et d'évaluation des PIA, en conformité avec la réglementation et les référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	31/12/2025		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>
<p><b>Ecart 26</b> L'établissement n'a pas été en mesure de confirmer à la mission que chaque enfant ou adolescent accompagné dispose d'un référent chargé de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement</p>	<p><b>L311-3 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 26 :</b> Le gestionnaire doit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Déterminer, formaliser et mettre en œuvre une procédure opérationnelle relative au référent chargé de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement.</li> </ol>	31/12/2025		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

		<p>2) Sur cette base, procéder à la désignation d'un référent pour chaque enfant ou adolescent accompagné.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	31/12/2025		
<p><b>Ecart 27</b> Il n'est pas pratiqué un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année.</p>	D312-13 CASF	<p><b>Prescription 27 :</b> L'établissement doit organiser qu'il soit pratiqué au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi que des examens autant que de besoin en fonction de l'évolution de l'enfant.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	31/12/2025		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

<p><b>Ecart 28</b> En ne disposant pas de procédures validées décrivant les différentes étapes du circuit du médicament, l'établissement ne dispose d'un des éléments constitutifs de la qualité de ce circuit et ainsi ne permet pas de garantir la sécurité des personnes accueillies.</p>	<p><b>L311-3 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 28 :</b> L'établissement doit formaliser et mettre en place une procédure validée décrivant les différentes étapes du circuit du médicament.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>


<p><b>Ecart 29</b> L'établissement n'a pas formalisé de politique de prévention, d'évaluation, de prise en compte et de traitement de la douleur.</p>	<p><b>L1110-5 et L1112-4 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 29 :</b> L'établissement doit élaborer et porter à la connaissance de l'ensemble du personnel un protocole relatif à la prévention, évaluation, prise en charge et traitement de la douleur dans un délai de 6 mois.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

<p><b>Ecart 30</b> L'absence de procédure actualisée prévoyant les conduites à tenir en cas d'urgence et l'absence de chariot d'urgence ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilités et l'anticipation des situations d'urgence ni de garantir la sécurité des résidents. L'absence de procédure particulière en cas d'hospitalisation ou d'adressage vers un service d'urgence prévoyant la transmission systématique des éléments du dossier de liaison et/ou un échange entre le médecin adresseur et l'urgentiste n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques (HAS - Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé</p>	<p><b>L311-3 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 30 :</b> L'établissement doit mettre en place un chariot d'urgence et des procédures prévoyant des conduites à tenir en cas d'incident grave ou de situation aigue afin de permettre l'organisation d'une chaîne de responsabilité, l'anticipation et une bonne gestion des situations d'urgence. Ces procédures doivent définir les modalités de transmission des éléments du dossier.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>  <b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

pour les personnes en situation de handicap – juillet 2017)					
---	--	--	--	--	--

<b>Ecart 31</b> L'établissement n'a pas formalisé les modalités	<b>L311-3, 1° et D312-40 CASF</b>	<b>Prescription 31 :</b> Il est demandé au gestionnaire :			

<p>d'organisation de la surveillance de nuit, concernant les places en hébergement complet dédiées à l'accompagnement d'usagers présentant des déficiences intellectuelles. L'établissement ne dispose pas d'un registre des présences tenu de façon quotidienne. Les numéros d'urgence et les conduites à tenir en cas de problème ne sont pas affichés ou tout du moins ne sont pas accessibles, pour le personnel chargé de la surveillance de nuit.</p>		<p>1) De déterminer et formaliser les modalités d'organisation de la surveillance de nuit, concernant les places en hébergement complet dédiées à l'accompagnement d'usagers présentant des déficiences intellectuelles.</p> <p>2) D'instaurer un registre des présences, lequel doit être tenu quotidiennement sous la responsabilité du directeur de l'établissement</p> <p>3) D'afficher ou tout du moins rendre facilement accessible les numéros d'urgence et les conduites à tenir en cas de problème, pour le personnel chargé de la surveillance de nuit.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Immédiatement</p> <p>Immédiatement</p> <p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>
<p><b>Ecart 32</b> L'établissement n'est pas en mesure de détailler les rythmes de la vie collective.</p>	<p><b>L311-3 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art. 2 et 3)</b></p>	<p><b>Prescription 32 :</b> Le gestionnaire doit déterminer les rythmes de la vie collective, pour chacune des modalités d'accompagnement qu'il assure au sein de l'établissement.</p> <p>Ceux-ci doivent être intégrés dans le nouveau projet d'établissement à</p>	<p>31/03/2026</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>31/03/2026</u></b></p>

		<p>élaborer et à formaliser (cf. prescription 4).</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
<p><b>Ecart 33</b> Les modalités du circuit du médicament en vigueur au sein de l'établissement et l'absence de procédure formalisée organisant l'assurance qualité et la gestion des risques relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont de nature à compromettre la sécurité des résidents.</p>	<p><b>Article L 311-3 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 33 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit :</p> <p>1) Formaliser une procédure relative au circuit du médicament.</p> <p>2) Désigner une personne en charge de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>3) Organiser des évaluations sur le circuit du médicament ainsi que des autoévaluations.</p> <p>4) S'assurer de la conformité des prescriptions médicamenteuses.</p> <p>Les modalités de transmissions à la pharmacie ainsi que les modalités de livraison et de réception devront être définies.</p> <p>5) Garantir un accès sécurisé aux produits de santé.</p> <p>Les conditions de stockage, les modalités</p>	<p>Immédiatement</p> <p>Immédiatement</p> <p>Immédiatement</p> <p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

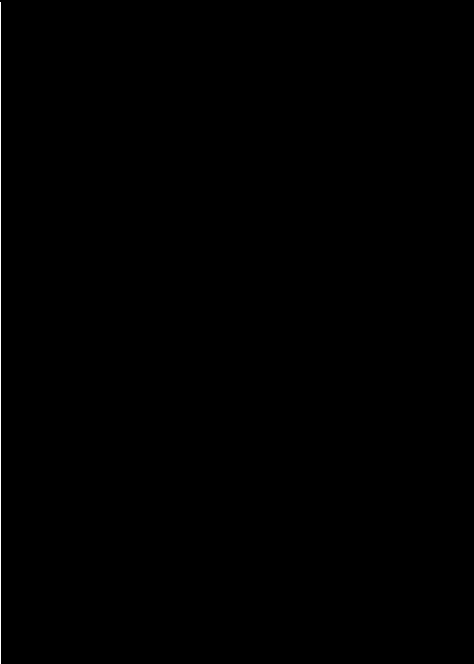
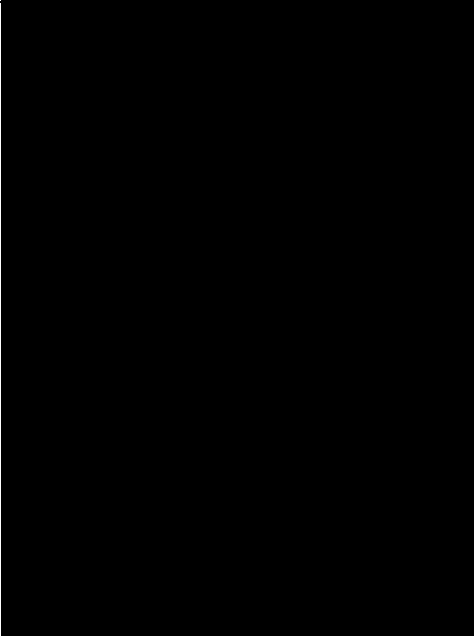


réglementaires sur les ordonnances.		Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.			<b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b>
<b>Ecart 35</b> Le libellé des prescriptions médicales ne permet pas de distinguer s'il s'agit d'un acte de la vie courante.	<b>L313-26 CASF</b>	<b>Prescription 35 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer que le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.	Immédiatement		<b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>  <b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b>
<b>Ecart 36</b> L'intervention des infirmières en l'absence de médecin, dans les situations d'urgence, n'est pas formalisée par	<b>R4311-14 CSP</b>	<b>Prescription 36 :</b> L'établissement doit formaliser des protocoles de soins d'urgence par les infirmières en l'absence de médecin. Ces	31/12/2025		<b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>

<p>des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.</p>		<p>protocoles doivent être datés et signés par le médecin responsable.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>			<p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>
<p><b>Ecart 37</b> L'établissement n'a pas conclu avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en produits de santé mentionnés au I de l'article L. 5126-1 des personnes hébergées en son sein. Par ailleurs, la détention de médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et dispositifs médicaux stériles ne répond pas aux obligations réglementaires.</p>	<p><b>L5126-10 du CSP</b></p>	<p><b>Prescription 37 :</b> L'établissement doit conventionner avec une pharmacie d'officine car les médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et les dispositifs médicaux stériles ne peuvent, par dérogation aux articles L.5126-1 et L.5126-7, être détenus et dispensés uniquement sous la responsabilité d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement.</p> <p>Cette convention précisera les modalités de fourniture en produits de santé mentionnés au I de l'article L. 5126-1 des personnes hébergées en leur sein. Elle devra également désigner un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

		Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.			
<p><b>Ecart 38</b> L'approvisionnement en produits de santé pour les traitements chroniques n'est pas réalisé à partir d'ordonnances nominatives</p>	<p><b>R5132-3 et R. 5132-6 et 22 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 38 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit veiller à ce que l'approvisionnement en produits de santé pour les traitements chroniques soit réalisé à partir d'ordonnances nominatives.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>
<p><b>Ecart 39</b> Les modalités de fourniture en produits de santé ne permettent pas l'alimentation du dossier pharmaceutique et compromettent ainsi la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments pour les résidents.</p>	<p><b>L1111-23 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 39 :</b> Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux implantables, l'établissement doit s'assurer de l'alimentation du dossier pharmaceutique par le pharmacien assurant la</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>31/12/2025</u></b></p>

		<p>dispensation. L'établissement doit s'assurer de l'information du bénéficiaire ou de son représentant légal de l'ouverture de ce dossier, des conditions de son fonctionnement et des modalités de sa clôture. Le bénéficiaire concerné ou son représentant légal est également informé des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture du dossier pharmaceutique.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>			
<p><b>Ecart 40</b> La dispensation des traitements ne comprend pas l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance.</p>	<p><b>R4235-48 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 40 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la réalisation de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance par le pharmacien ayant passé convention avec l'établissement.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

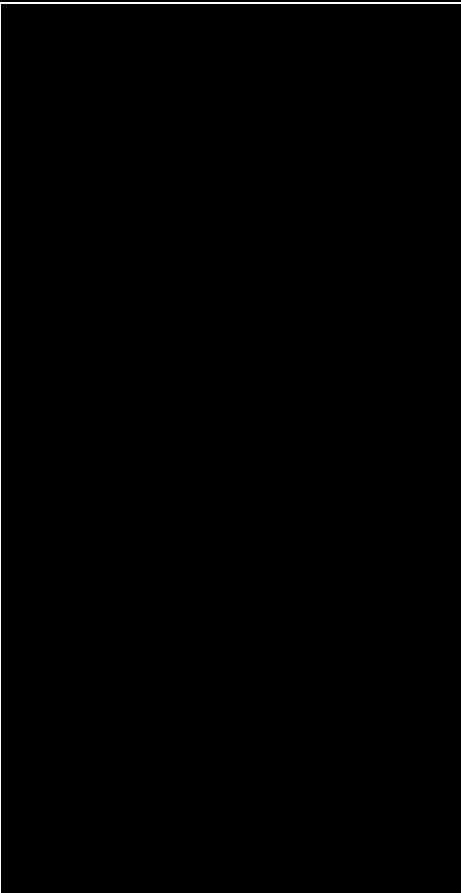
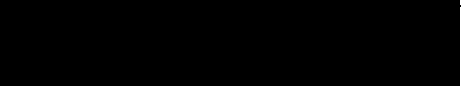
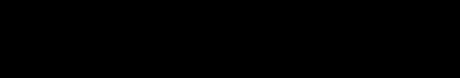
<p><b>Ecart 41</b> Les modalités de transport des médicaments ne permettent pas de garantir que les conditions de transport soient compatibles avec la bonne conservation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1.</p>	<p><b>R5125-48 et 49 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 41 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit veiller à garantir des conditions de transport des médicaments compatibles avec leur bonne conservation.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>
<p><b>Ecart 42</b> Des personnes non autorisées peuvent avoir accès aux médicaments et produits (bureau administratif et ADJ polyhandicap).</p>	<p><b>R4312-39 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 42 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit garantir un accès aux médicaments et produits aux seules personnes autorisées, en supprimant le stockage en dehors des pharmacies/ salle de soins et en équipant l'accueil de jour Polyhandicap d'une fermeture sécurisée de la salle de soins et d'une armoire sécurisée.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>

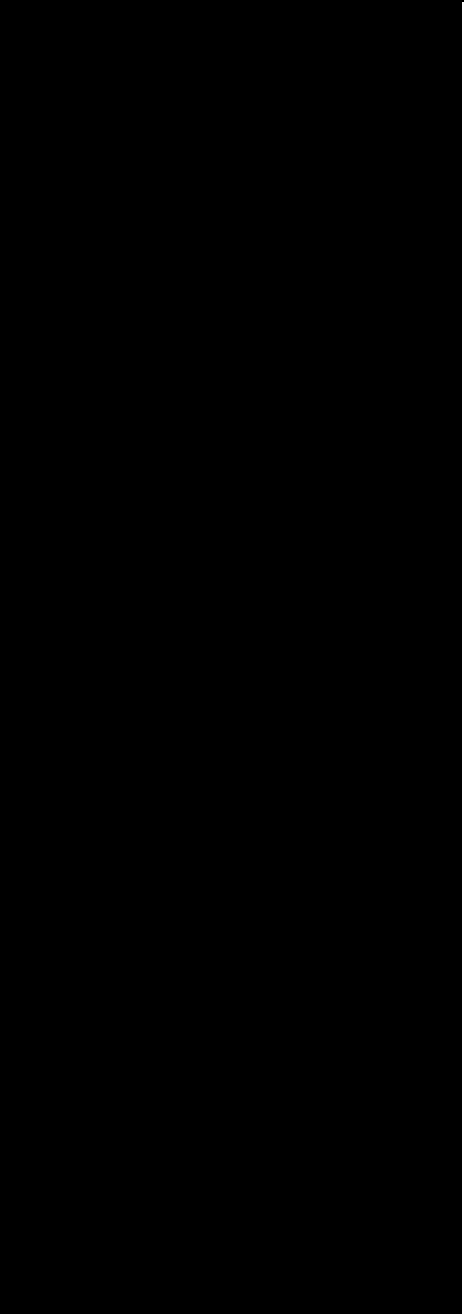
<p><b>Ecart 43</b> Les conditions de stockage des médicaments stupéfiants ne sont pas conformes à la réglementation.</p>	<p><b>R5132-80 CASF</b></p>	<p><b>Prescription 43 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la conformité des conditions de stockage des stupéfiants en s'assurant en particulier de leur détention séparément dans des armoires (ou compartiment dédié banalisé) ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Immédiatement</p>	<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b></p>
<p><b>Ecart 44</b> Il n'y a pas de stock ni de liste de médicaments pour soins urgents tels que prévus à l'article L5126-6 du code de la santé publique pouvant justifier la présence de médicaments non attribués, dans les conditions de détentions fixées à l'article R5126-108 du CSP.</p>	<p><b>L5126-6 et R5126-108 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 44 :</b> L'établissement formaliser une liste, qui sera établie par le pharmacien ayant passé convention en application du I de l'article L. 5126-10 et l'un des médecins attachés à l'établissement, pour répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.</p>	<p>31/12/2025</p>	<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>31/12/2025</u></b></p>

		Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.			
<p><b>Ecart 45</b> La vérification par l'infirmier de la date de péremption des médicaments n'est pas tracée.</p>	<b>R4312-38 CSP</b>	<p><b>Prescription 45 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit veiller à la vérification des dates de péremption des médicaments, produits et dispositifs médicaux en formalisant une procédure relative aux modalités de vérification des péremptions et en s'assurant de son effectivité par des feuilles de traçabilité de cette vérification.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	31/12/2025		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>
<p><b>Ecart 46</b> La présence de nombreux médicaments périmés est de nature à compromettre la sécurité des résidents.</p>	<b>L311-3 CASF</b>	<p><b>Prescription 46 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la sécurité de ses résidents en</p>	Immédiatement		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p>




		<p>garantissant l'absence de tout médicament périmé.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>			<p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>Immédiatement</u></b></p>
<p><b>Ecart 47</b> Les catégories de personnels participant à l'administration et l'aide à la prise des médicaments au sein de l'établissement ne sont pas identifiées. La prise des traitements et leur surveillance la nuit et en l'absence de l'IDE ainsi que l'aide à la prise ne sont pas sécurisées par un protocole de soins infirmiers inscrivant la</p>	<p><b>L313-26 du CASF ; R4311-3 et 4, R4311-5 (4°, 5° et 6°) et R4311-7 du CSP ; Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier</b></p>	<p><b>Prescription 47 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit formaliser une procédure relative à la prise des traitements en l'absence de l'IDE comprenant la définition de l'aide à la prise du traitement, des protocoles de soins infirmiers de collaboration, ainsi que la surveillance. Il veillera à clairement identifier les</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délai de réalisation :</b> <b><u>31/12/2025</u></b></p>

collaboration IDE/ AS, AES.		catégories de personnels participants à l'administration et l'aide à la prise au sein de l'établissement.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.			
<b>Ecart 48</b> Il n'y a pas de vérification systématique avant toute administration, de la concordance entre la prescription et les doses préparées.	<b>R4312-38 CSP</b>	<b>Prescription 48 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la vérification systématique de la concordance entre la prescription et le traitement et la dose administrée.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.	Immédiatement		<b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>  <b>Délai de réalisation : <u>Immédiatement</u></b>
<b>Ecart 49</b> L'absence d'accord passé avec un dentiste, un ORL ou un stomatologiste ne permet pas de garantir les soins aux enfants accueillis dans l'établissement.	<b>D312-23 CASF</b>	<b>Prescription 49 :</b> L'établissement doit formaliser un accord avec un dentiste, un ORL ou un stomatologiste.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.	31/12/2025		<b>Ecart maintenu</b>  <b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b>  <b>Délai de réalisation : <u>31/12/2025</u></b>
<b>Ecart 50</b> Le PCPE ne fonctionne pas, selon les modalités	<b>Instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016</b>	<b>Prescription 50 :</b> Il est demandé au gestionnaire :			

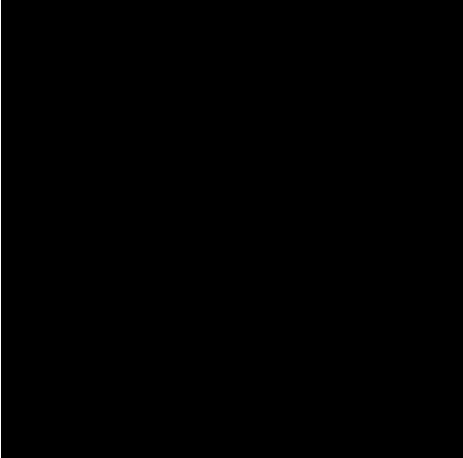
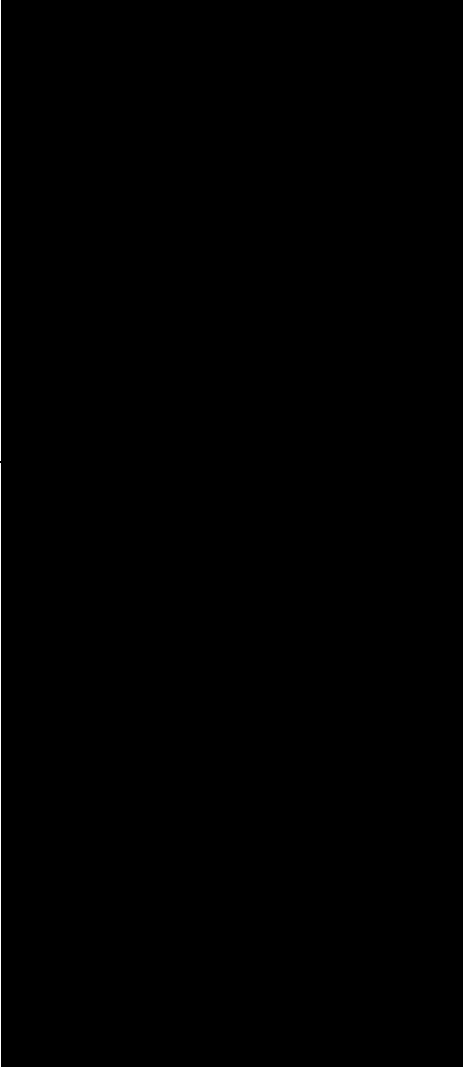
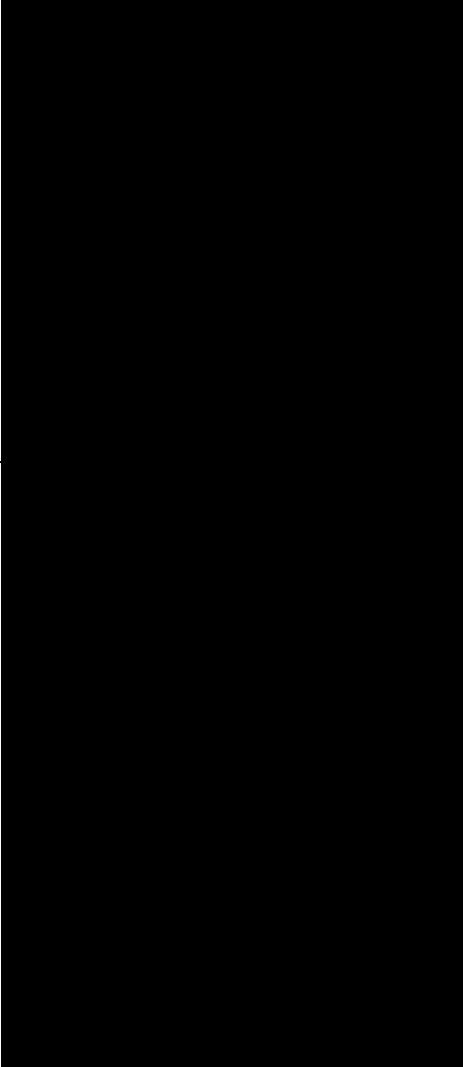
<p>légales qui lui sont applicables. Il ne dispose pas d'un projet de service actualisé valide et élaboré en conformité avec la réglementation et les référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM. Le gestionnaire n'est pas en capacité de fournir la liste des usagers accompagnés par le PCPE. En l'état, la mission constate que le gestionnaire ne respecte pas les obligations qui lui incombent, au regard des dispositions de la convention ARS Occitanie / ANRAS du 28 décembre 2018 relative aux modalités de mise en œuvre du PCPE rattaché à l'ANRAS / IME Mathalin.</p>	<p><b>relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap ; Instruction interministérielle N°DGCS/SD3B/DGOS/DGS/CNSA/2019/4 4 du 25 février 2019 relative à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022 ; RBPP « Pratiques de coopération et coordination des parcours de la personne en situation de handicap » - mars 2018 ; Autres RBPP HAS-ANESM applicables au médico-social, notamment au secteur des personnes en situation de handicap ; Convention ARS Occitanie / ANRAS du 28 décembre 2018 relative aux modalités de mise en œuvre du PCPE rattaché à l'ANRAS / IME Mathalin</b></p>	<p>1) De fournir la liste des usagers accompagnés par le PCPE ;</p> <p>2) De déterminer, formaliser et mettre en œuvre un projet de service pour le PCPE, en conformité avec le cahier des charges applicable à ce dispositif et les référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM. Celui-ci sera à intégrer dans le projet d'établissement de l'IME à rédiger (cf. Prescription 4).</p> <p>3) De rétablir le fonctionnement du PCPE, en conformité avec le cahier des charges applicable à ce dispositif et les termes de l'autorisation accordée.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Dans le cadre de la procédure contradictoire</p> <p>31/12/2025</p> <p>31/12/2025</p>	 	<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS la liste des usagers accompagnés par le PCPE et les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</b></p> <p><b>Délai de réalisation : <u>31/12/2025</u></b></p>
<p><b>Ecart 51</b> L'accueil de jour polyhandicap :</p>	<p><b>L246-1, L311-3 (1°), L311-8, D312-8 à 10 et D312-83 à 94</b></p>	<p><b>Prescription 51 :</b> Il est demandé au gestionnaire :</p>			

<p>- Ne dispose pas d'un projet de service actualisé valide et élaboré en conformité avec la réglementation et les référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM</p> <p>- N'est pas intégré dans le projet et la dynamique d'établissement ;</p> <p>- Ne fonctionne pas selon les conditions techniques minimales réglementaires qui lui sont applicables ;</p> <p>- Dispose de conditions d'installation marquées par un manque d'optimisation, d'aménagement et d'entretien des locaux.</p> <p>Concernant les lève-personnes exploités à l'accueil de jour polyhandicap, l'établissement n'a pas été en mesure :</p> <p>- De fournir la traçabilité globale de leur maintenance ;</p> <p>- De présenter le contrat de formation des personnels à l'utilisation de ces matériels médicaux ;</p> <p>- De fournir les protocoles d'utilisation de ces matériels.</p>	<p><b>CASF ; R5211-5 et R5212-25 CSP ; RBPP HAS « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité » - octobre 2020 ; Autres RBPP HAS-ANESM applicables au médico-social, notamment au secteur des personnes en situation de handicap ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2 et 3 ; Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance</b></p>	<p>1) De déterminer, formaliser et mettre en œuvre un projet de service pour l'AJ polyhandicap, en conformité avec la réglementation et les référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM. Celui-ci sera à intégrer dans le projet d'établissement de l'IME à rédiger (cf. Prescription 4).</p> <p>2) De rétablir des conditions techniques de fonctionnement conformes à la réglementation</p> <p>3) D'optimiser et aménager les locaux</p> <p>4) De veiller au parfait entretien des locaux</p> <p>5) 5.1) De rédiger et de mettre en œuvre des protocoles adaptés relatifs à l'utilisation des différents dispositifs médicaux exploités au sein de l'AJ polyhandicap (lesquels doivent définir les catégories de personnels habilités à s'en servir).</p> <p>5.2)</p>	<p>31/12/2025</p> <p>Immédiatement</p> <p>31/03/2026</p> <p>Immédiatement</p> <p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délais de réalisation : Maintien des délais pour chaque mise en conformité demandées (cf. ci-contre) :</b></p> <p>1) =&gt; 31/12/2025 2) =&gt; Immédiatement 3) =&gt; 31/03/2026 4) =&gt; Immédiatement 5) : 5.1) =&gt; Immédiatement 5.2) =&gt; Immédiatement</p>
---	---	---	--	---	--

		<p>De veiller à former régulièrement les personnels à l'utilisation de ces derniers ;</p> <p>5.3) De veiller à la mise en œuvre de la maintenance et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>Immédiatement</p> <p>Immédiatement</p>		
<p><b>Ecart 52</b> L'accueil de jour autisme (TSA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne dispose pas d'un projet de service actualisé valide et élaboré en conformité avec la réglementation et les référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM ;</li> <li>- N'est pas intégré dans le projet et la dynamique d'établissement ;</li> <li>- Ne fonctionne pas selon des modalités</li> </ul>	<p><b>L246-1, L311-3 (1°), L311-8 et D312-8 à 10 CASF ; RBPP HAS-ANESM « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » - janvier 2010 ; RBPP HAS-ANESM « Autisme et autres troubles envahissants du développement » :</b></p>	<p><b>Prescription 52 :</b> Il est demandé au gestionnaire :</p> <p>1) De déterminer, formaliser et mettre en œuvre un projet de service pour l'AJ polyhandicap, en conformité avec la réglementation et les référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM. Celui-ci sera à intégrer dans le projet d'établissement de l'IME</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Ecart maintenu</b></p> <p><b>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</b></p> <p><b>Délais de réalisation : Maintien des délais pour chaque mise en conformité demandées (cf. ci-contre) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) =&gt; 31/12/2025</li> <li>2) =&gt; 31/12/2025</li> <li>3) =&gt; Immédiatement</li> <li>4) =&gt; 30/06/2026</li> </ul>

<p>adéquates, au regard des référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM ;</p> <p>- Dispose de conditions d'installation datées peu propices à un accompagnement optimal d'utilisateurs avec profil TSA. De plus, elles sont marquées par un manque d'hygiène, d'optimisation et de sécurité.</p>	<p><b>interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent</b> » - mars 2012 ; RBPP HAS-ANESM « <b>Les comportements-problèmes : prévention et réponses en ESMS PH - volets 1, 2 et 3</b> » - juillet 2016 et janvier 2017 ; Autres RBPP HAS-ANESM applicables au médico-social, notamment au secteur des personnes en situation de handicap ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 2 et 3 ; <b>Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance</b></p>	<p>à rédiger (cf. Prescription 4).</p> <p>2) De rétablir des conditions techniques de fonctionnement conformes aux référentiels de bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM.</p> <p>3) De veiller au parfait entretien des locaux</p> <p>4) De déterminer un projet immobilier prompt à répondre aux besoins des accompagnements des usagers de l'AJ TSA et à offrir des conditions d'installation aux normes. Ce projet devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être conçu, en lien étroit avec le nouveau projet de service à élaborer et à formaliser,</li> <li>- S'inscrire dans le schéma directeur global de l'IME à concevoir (cf. prescription 20)</li> </ul> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées.</p>	<p>31/12/2025</p> <p>Immédiatement</p> <p>30/06/2026</p>	 	
<p><b>Ecart 53</b> Amiante : Absence de DTA conforme à la réglementation.</p>	<p><b>R1334-18 CSP ; Décret 2011-629 du 3 juin 2011 (art 8) relatif à la protection de la population contre les risques</b></p>	<p>Le DTA arait dû être mis à jour avant le 1er février 2021 : il doit faire l'objet d'une mise à jour qui devra notamment contenir et préciser :</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Ecart et délai maintenus</b></p>

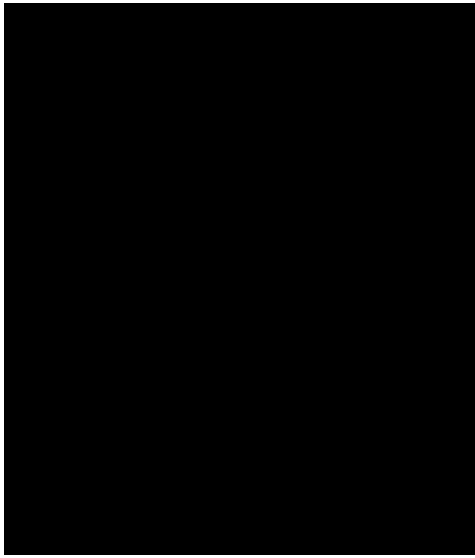
	<p><b>sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis ; Arrêté du 21 décembre 2012 (Annexe II) relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du dossier technique amiante ; Arrêté du 21 décembre 2012 (art. 3) relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du dossier technique amiante et annexe I paragraphe 3 de l'arrêté du 21 décembre 2012 relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du dossier technique amiante ; Arrêté du 21 décembre 2012 (annexe I) relatif aux recommandations générales de sécurité et au contenu de la fiche récapitulative du dossier technique amiante.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un repérage et un état de conservation des matériaux de la liste A et éventuellement liste B, mesures d'empoussièrement ... suivi d'une mise à jour du rapport technique,</li> <li>- Des mesures correctives le cas échéant,</li> <li>- Des mesures de surveillances le cas échéant,</li> <li>- Des recommandations générales de sécurité à l'égard des matériaux,</li> <li>- Une fiche récapitulative établie par le propriétaire contenant les éléments définis.</li> </ul> <p>Les modalités de gestion : Le DTA doit être mis à jour et à disposition auprès de toute entreprise extérieure intervenant sur le site amenée à réaliser des travaux sur le bâtiment.</p> <p>Les modalités de consultation doivent être formalisées : le DTA II doit être mis à disposition des occupants. Un référent de gestion du DTA doit être identifié.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>			
--	--	---	--	--	--

<p><b>Ecart 54</b> DASRI : Absence de procédures écrites de tri des DASRI</p>	<p><b>En application de l'article R.1335-5 du CSP :</b> « <b>Le producteur de DASRI doit assurer leur gestion immédiatement après leur production</b> ».</p>	<p><b>Prescription 54 :</b> Formaliser une procédure écrite simple à mettre en œuvre décrivant les étapes de gestion des DASRI : tri, conditionnement et élimination au sein de l'IME. Cette procédure comportera également une partie dédiée aux précautions standard et à la conduite à tenir en cas d'AES.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>6 mois</p>		<p><b>Ecart et délai maintenus</b></p>
<p><b>Ecart 55</b> DASRI : Absence de formation des professionnels à la gestion des DASRI</p>	<p><b>Article 1335-14 du CSP :</b> « <b>Les personnes mentionnées à l'article R. 1335-2 sont tenues d'informer leur personnel des mesures retenues pour l'élimination des déchets d'activités de soins (...)</b> ».</p>	<p><b>Prescription 55 :</b> Assurer une formation des professionnels concernés sur la production et l'élimination des DASRI. Cette formation devra porter également sur l'application des Précautions standard et sur la conduite à tenir en cas AES. Cette formation pourra être réalisée en concertation avec une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>6 mois</p>		<p><b>Ecart et délai maintenus</b></p>
<p><b>Ecart 56</b></p>	<p><b>Article 14 de l'arrêté du 24 novembre</b></p>	<p><b>Prescription 56 :</b></p>	<p>6 mois</p>		<p><b>Ecart et délai maintenus</b></p>

DASRI : Utilisation non conforme des containers pour déchets piquants, coupants ou tranchants	<b>2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et des PAOH</b>	Assurer une formation des professionnels concernés sur les modalités d'utilisation des collecteurs à aiguilles : volume, remplissage, fermeture, date d'ouverture/fermeture.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées			
<b>Ecart 57</b> DASRI : Absence de procédure descriptive du circuit de collecte par le prestataire.	<b>Arrêté du 07 septembre 1999 modifié relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques [Annexe 1 - §2°modalités de conditionnement, d'entreposage, de collecte et de transport]</b>	<b>Prescription 57 :</b> Formaliser une procédure décrivant les modalités de collecte des DASRI par le prestataire notamment les conditions d'accès à l'enceinte de l'IME puis son circuit au sein de l'IME afin de préserver la sécurité des professionnels et des jeunes accueillis.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées	6 mois		<b>Ecart et délai maintenus</b>
<b>Ecart 58</b> Légionelles : Fréquence mensuelle de soutirage des points d'eau des chambres inoccupées ou des points d'eau peu ou pas utilisés non suffisante. A noter la fermeture estivale annuelle de l'établissement durant plusieurs semaines.	<b>Arrêté du 01/02/2010, article 3</b>	<b>Prescription 58 :</b> Organiser la purge des réseaux d'eau chaude sanitaire pour les points d'eau peu ou pas utilisés et consigner cette opération.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées	1 mois		<b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b>
<b>Ecart 59</b>	<b>R1321-50 et 51 CSP</b>	<b>Prescription 59 :</b>	1 mois		<b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée.</b>

<p>Légionelles : Non-respect de la fréquence maximale de renouvellement des filtres anti-légionelles. Aucune traçabilité ni de suivi de renouvellement ne sont associés.</p>		<p>La pose de filtres anti-légionelle doit être suivi afin de s'assurer que le renouvellement soit exécuté selon les préconisations du fabricant. Une traçabilité adéquate doit être mise en place.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>			<p>L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</p>
<p><b>Ecart 60</b> Légionelles : Absence de surveillance de la température en production.</p>	<p><b>Arrêté du 01/02/2010, annexes 1 et 2</b></p>	<p><b>Prescription 60 :</b> Pour chacune des productions, respecter la fréquence mensuelle de surveillance de la température des installations de production :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En sortie de la production (au point de mise en distribution) ;</li> <li>- Au niveau de chaque retour de boucle.</li> </ul> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>1 mois</p>		<p>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</p>
<p><b>Ecart 61</b> Légionelles : Absence de surveillance de la température du réseau de distribution.</p>	<p><b>Arrêté du 01/02/2010, annexes 1 et 2</b></p>	<p><b>Prescription 61 :</b> Respecter la fréquence mensuelle de surveillance des température en points d'usage.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>1 mois</p>		<p>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</p>

<p><b>Ecart 62</b> Légionelles : Points d'usages, dans les pièces destinées à la toilette, non sécurisés vis-à-vis du risque de brûlures et températures relevées supérieures à 50°C.</p>	<p><b>Arrêté du 30 novembre 2005</b></p>	<p><b>Prescription 62 :</b> Respecter une température maximale de l'eau de 50°C aux points de puisage des pièces destinées à la toilette.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>1 mois</p>		<p>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</p>
<p><b>Ecart 63</b> Légionelles : Absence d'analyses de légionelles.</p>	<p><b>Arrêté du 01/02/2010, article 3</b></p>	<p><b>Prescription 63 :</b> Mettre en place une campagne d'analyse de légionelles et réaliser systématiquement pour chaque campagne d'analyse des légionelles et pour chacun des réseaux d'eau chaude sanitaire des prélèvements aux points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fond de ballon (le cas échéant, à défaut un point le plus proche de la production)</li> <li>- en retour de boucle (le cas échéant)</li> <li>- au niveau des points d'usage à risque les plus représentatifs du réseau et au niveau des points d'usages les plus éloignés de la production d'eau chaude sanitaire.</li> </ul> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des</p>	<p>1 mois</p>		<p>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</p>


		mises en conformité demandées			
<p><b>Ecart 64</b> Légionelles : Carnet sanitaire inexistant.</p>	<p><b>R1321-23 CSP ; Arrêté du 01/02/2010, article 3</b></p>	<p><b>Prescription 64 :</b> Constituer le carnet sanitaire des installations de production et de distribution ECS comprenant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les plans des réseaux à jour pour l'eau froide et l'eau chaude ;</li> <li>- Les travaux de modification, de rénovation et/ou d'extension du réseau ;</li> <li>- Les opérations de maintenance (cahier des charges de(s) société(s) de maintenance, calendrier des opérations, nature des interventions);</li> <li>- Les résultats des analyses de l'eau (physico-chimique et bactériologiques) ;</li> <li>- Les relevés de température ;</li> <li>- Les volumes consommés en eau froide et en eau chaude ;</li> <li>- Les procédures mises en place dans l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> <li>o De surveillance des températures et en cas de dérive de la température de production et/ou de distribution de l'eau chaude sanitaire,</li> </ul> </li> </ul>	<p>6 mois</p>		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De surveillance des concentrations en légionelles et en cas de concentration élevée de légionelles sans cas de légionellose déclaré,</li> <li>○ De déclaration d'un cas de légionellose.</li> </ul> <p>Ces informations doivent être clairement rassemblées et classées de manière à accéder le plus aisément possible aux informations recherchées.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>			
<p><b>Ecart 65</b> Légionelles : Absence de dispositif de protection anti-retour d'eau au niveau de l'arrivée générale d'eau froide.</p>	<p><b>R1321-57 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 65 :</b> Mettre en place un dispositif de protection sur l'arrivée générale d'eau froide dans l'établissement.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>6 mois</p>		<p>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</p>
<p><b>Ecart 66</b> Légionelles : Position de l'adoucisseur sur l'arrivée générale de l'eau froide.</p>	<p><b>R 1321-53 CSP</b></p>	<p><b>Prescription 66 :</b> Revoir le positionnement de l'adoucisseur au regard de la réglementation en vigueur.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des</p>	<p>3 mois</p>		<p>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</p>

		mises en conformité demandées			
<b>Ecart 67</b> Légionelles : Points d'usages, dans les pièces destinées à la toilette, non sécurisés vis-à-vis du risque de brûlures et constat de températures supérieures à 50°C.	<b>Arrêté du 30 novembre 2005, article 1</b>	<b>Prescription 67 :</b> Respecter une température maximale de l'eau de 50°C aux points de puisage des pièces destinées à la toilette.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées	1 mois		<b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. L'écart, la prescription et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b>

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision des Autorités
<b>Remarque 1</b> L'organigramme ne fait pas apparaître les quotités ETP d'agents par fonction	<b>Recommandation 1 :</b> Le gestionnaire doit faire apparaître les quotités ETP d'agents par fonction dans l'organigramme de l'IME.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		<b>Remarque levée</b>
<b>Remarque 2</b> L'établissement ne procède pas à des	<b>Recommandation 2 :</b> Dans un souci d'amélioration continue de la qualité, l'établissement doit proposer	31/12/2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>

enquêtes annuelles de satisfaction, auprès des usagers et de leurs familles.	<p>une enquête annuelle de satisfaction aux résidents et à leurs familles.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
<p><b>Remarque 3</b></p> <p>L'établissement n'a pas été en capacité de fournir la preuve de l'existence d'un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers</p>	<p><b>Recommandation 3 :</b></p> <p>Dans un souci d'amélioration continue de la qualité, l'établissement doit mettre en place un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	31/12/2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<p><b>Remarque 4</b></p> <p>L'établissement n'a pas été en mesure de fournir la preuve de l'effectivité d'un dispositif de soutien du personnel</p>	<p><b>Recommandation 4 :</b></p> <p>Le gestionnaire doit transmettre le détail du dispositif de soutien du personnel en vigueur au sein de l'établissement.</p>	Dans le cadre de la procédure contradictoire		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<p><b>Remarque 5</b></p> <p>Le gestionnaire ne réalise pas un entretien professionnel a minima tous les deux ans pour tous ses salariés</p>	<p><b>Recommandation 5 :</b></p> <p>Le gestionnaire doit réaliser un entretien professionnel pour tous les salariés de l'IME.</p> <p>Il doit veiller à réitérer cette démarche tous les deux ans.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	31/03/2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>

<p><b>Remarque 6</b> Les salariés ne disposent pas d'une fiche de poste individuelle ou, à tout du moins, ils ne les connaissent pas</p>	<p><b>Recommandation 6 :</b> Le gestionnaire doit réécrire des fiches de tâches individualisées pour chaque salarié. Les tâches qui y seront inscrites devront correspondre aux qualifications et titres professionnels de chacun d'eux.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/03/2025</p>		<p><b>Remarque et délais maintenus</b></p>
<p><b>Remarque 7</b> Le gestionnaire n'a pas prévu une organisation permettant d'intégrer des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés</p>	<p><b>Recommandation 7 :</b> Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une organisation permettant d'intégrer des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/03/2025</p>		<p><b>Remarque et délais maintenus</b></p>
<p><b>Remarque 8</b> Concernant le DUERP, le gestionnaire ne prévoit pas, de façon systématique, des actions correctrices, dans le but de résoudre les points de criticité identifiés.</p>	<p><b>Recommandation 8 :</b> Le gestionnaire doit mettre à jour le DUERP, en veillant, de façon systématique, à y intégrer les actions correctrices, dans le but de résoudre les points de criticité identifiés.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/03/2025</p>		<p><b>Remarque et délais maintenus</b></p>
<p><b>Remarque 9</b> Le gestionnaire n'a pas fourni le dernier avis en date des services vétérinaires (DDESTPP du Gers).</p>	<p><b>Recommandation 9 :</b> Le gestionnaire doit fournir le dernier avis en date des services vétérinaires (DDESTPP du Gers).</p>	<p>Dans le cadre de la procédure contradictoire</p>		<p><b>Remarque et délais maintenus</b></p>
<p><b>Remarque 10</b> (ANESM : recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance : définition</p>	<p><b>Recommandation 10 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit organiser et formaliser les transmissions entre professionnels en définissant les participants, le rythme, le contenu et les différentes modalités de transmissions.</p>	<p>31/12/2025</p>	<p><b>Remarque et délais maintenus</b></p>	

<p>et repères pour la mise en œuvre – Juin 2008) L'organisation des transmissions (essentiellement orales) ne permet pas une circulation optimale des informations et ne permet pas de garantir la coordination, la continuité des prises en charge et leur individualisation.</p>	<p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
<p><b>Remarque 11</b> La formalisation de l'accompagnement dans la réalisation des actes de la vie courante ne permet pas l'appropriation par les professionnels.</p>	<p><b>Recommandation 11 :</b> L'établissement doit formaliser l'accompagnement individuel en systématisant et actualisant les plans de soins individuels et s'assurer de l'appropriation de ces plans de soins par les professionnels.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>31/12/2025</p>		<p><b>Remarque et délais maintenus</b></p>
<p><b>Remarque 12</b> L'absence de traçabilité des informations médicales ne permet pas ni une communication optimisée autour du résident ni une coordination entre les acteurs de soins.</p> <p>L'absence traçabilité des informations et de mise à jour du dossier médical ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques telles qu'énoncées dans le Guide pour les établissements sociaux et médico-sociaux de la DGAS de Juin 2007 "Le dossier de la personne</p>	<p><b>Recommandation 12 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la traçabilité des informations médicales et de soins dans les dossiers des résidents. Il doit s'assurer de la complétude des dossiers médicaux.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p><b>Remarque et délais maintenus</b></p>

accueillie ou accompagnée Recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité”.				
<b>Remarque 13</b> L'absence de systématisation des soins bucco-dentaires n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques - Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Générique Polyhandicap du .11 Mai 2020	<b>Recommandation 13 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer d'une prise en charge de la santé bucco-dentaire de l'ensemble de ces résidents.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	31/12/2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<b>Remarque 14</b> L'existence de contentions sans protocolisation ne permet pas de garantir le respect des recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de novembre 2004 (liberté d'aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité). De plus, la contention ne fait pas l'objet d'une prescription systématique	<b>Recommandation 14 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit formaliser une procédure relative à la mise sous contention et s'assurer d'une prescription systématique.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<b>Remarque 15</b> L'absence de formalisation claire, adaptée et suffisante des procédures de soins ne garantit pas une lisibilité des rôles et missions des équipes, de sécuriser les soins, d'améliorer la coordination des soins mais aussi avec les	<b>Recommandation 15 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit formaliser, en s'appuyant sur les experts territoriaux, l'ensemble des protocoles nécessaires à la sécurisation des soins.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	31/12/2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>

autres dimensions de l'accompagnement et d'entretenir une dynamique d'amélioration. Cela n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM figurant dans le document « l'accompagnement à la santé de la personne handicapée ».				
<b>Remarque 16</b> La nutrition entérale n'est pas sécurisée par un protocole formalisé.	<b>Recommandation 16 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la formalisation d'un protocole relatif à la nutrition entérale.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	31/12/2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<b>Remarque 17</b> Amiante : Les conclusions du DTA non mis à jour reposent sur un repérage visuel (absence de prélèvement destructif).	<b>Recommandation 17 :</b> Tant que le DTA ne sera pas à jour, une vigilance doit être apportée à l'occasion de tous les travaux devant être entrepris notamment par la consultation du DTA actuel et une adaptation des travaux selon présence ou pas de matériaux amiantés.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées	Dès réalisation de travaux		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<b>Remarque 18</b> DASRI : Absence de référent « déchets d'activités de soins ».	<b>Recommandation 18 :</b> Dans le cadre de la démarche qualité, l'identification d'un référent « déchets et déchets d'activités de soins » au sein de l'IME représente un élément clé de qualité de la gestion interne des DASRI.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées	Fin 2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<b>Remarque 19</b>	<b>Recommandation 19 :</b>	Dernier trimestre 2025		<b>Remarque et délais maintenus</b>

DASRI : La convention porte une date qui n'est pas actualisée.	Il est proposé de réviser et d'actualiser par un avenant la convention avec le prestataire. De plus, depuis 2023, l'outil [REDACTED] permet d'assurer et faciliter le suivi des DASRI en remplacement des bordereaux de suivi.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées			
<b>Remarque 20</b> DASRI : Absence d'affichage de la conduite à tenir en cas d'AES.	<b>Recommandation 20 :</b> La conduite à tenir en cas d'AES doit être connue de tous les professionnels et doit être affichée dans tous les lieux de soins. La procédure de tri des déchets de soins devra également être affichée dès sa réalisation.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées	Immédiatement		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<b>Remarque 21</b> DASRI : Absence de support de fixation des collecteurs à aiguilles.	<b>Recommandation 21 :</b> Dans le cadre de la prévention des AES, la mise en place de supports permettrait d'éviter le renversement du collecteur grâce à une bonne fixation des collecteurs à aiguilles sur le plan de travail notamment lorsque le collecteur est muni d'encoches pour désolidariser les aiguilles, ou lorsque la hauteur du collecteur est supérieure à deux fois la largeur de sa base.  Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées	6 mois		<b>Remarque et délais maintenus</b>
<b>Remarque 22</b> DASRI : Absence de protocole d'entretien des locaux.	<b>Recommandation 22 :</b> L'entretien des locaux d'un établissement médico-social contribue à l'hygiène générale et à la prévention du risque infectieux. Sa formalisation constitue un critère de qualité et de sécurité.	Finalisation 2026		<b>Remarque et délais maintenus</b>

	Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées			
<p><b>Remarque 23</b> Légionelles : L'établissement a déclaré la présence de fontaines réfrigérantes sans organiser un quelconque entretien.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Circulaire DGS/PGE/1 D n° 2058 du 30 décembre 1986 relative aux fontaines réfrigérantes)</i></p>	<p><b>Recommandation 23 :</b> Procéder à un entretien régulier des fontaines réfrigérantes et consigner la traçabilité de ces opérations dans le carnet sanitaire de l'établissement.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	3 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 24</b> Légionelles : A la suite des travaux de 2024, les schémas de principe de la production d'ECS n'ont pas été actualisés.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Guide annexé à la circulaire 21/12/2010, partie 8.1.3 :)</i></p>	<p><b>Recommandation 24 :</b> Mettre à jour le schéma de principe des installations de production d'eau chaude sanitaire et l'afficher en station et le consigner dans le carnet sanitaire.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	1 an		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 25</b> Légionelles : Plans des réseaux d'eau chaude sanitaire non actualisés.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Guide annexé à la circulaire 21/12/2010)</i></p>	<p><b>Recommandation 25 :</b> Repérer et identifier les réseaux d'eau chaude sanitaire par un plan de récolement et les actualiser à chaque modification du réseau.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	1 an		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 26</b> Légionelles : Signalétique partielle des canalisations.</p>	<p><b>Recommandation 26 :</b> Procéder à la signalétique des canalisations présentes en dans les sous-stations de production.</p>	3 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>

<i>(Rappel de la réglementation : Bonnes pratiques)</i>	Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées			
<p><b>Remarque 27</b> Légionelles : Absence de bac de rétention, d'identification des produits et de fiches de données de sécurité au niveau de l'adoucisseur (bac à sel).</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Bonnes pratiques)</i></p>	<p><b>Recommandation 27 :</b> Stocker séparément les produits par type d'usage et sur des bacs de rétention (1 bac par nature de produit), inscrire la nature du produit sur le contenant et mettre à disposition du personnel les fiches de données de sécurité et en les affichant en station de production.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	3 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 28</b> Légionelles : Réseau d'ECS non bouclé dans le bâtiment AJPH avec de grandes longueurs de canalisation. L'ECS met du temps à arriver aux points d'usage.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Arrêté du 30/11/2005 ; Guide annexé à la circulaire 21/12/2010)</i></p>	<p><b>Recommandation 28 :</b> Etudier la pertinence et la faisabilité de la mise en œuvre d'un bouclage du réseau d'eau chaude sanitaire, le rapprochement de la production d'ECS aux points d'usage ou à défaut le maintien de la température de l'eau par un cordon chauffant électrique placé autour de la canalisation d'eau. Ouvrir régulièrement les robinets de puisage d'eau chaude pour compenser la chute de température liée à l'absence de bouclage.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	1 an		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 29</b> Légionelles : Absence de procédure d'entretien comprenant l'entretien générale des installations d'ECS, de la robinetterie ou encore des soutirages préventifs des points d'eau.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Bonnes pratiques)</i></p>	<p><b>Recommandation 29 :</b> Formaliser l'ensemble des opérations à réaliser d'entretien des installations et équipements par des procédures écrites.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	6 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>

<p><b>Remarque 30</b> Légionelles : Lors de l'inspection, absence de de visibilité sur les opérations d'entretien réalisées. Le contrat avec la société Eiffage n'a pas été présenté.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Article R1321-55 du code de la santé publique ; Arrêté du 01/02/2010, article 3)</i></p>	<p><b>Recommandation 30 :</b> Assurer un suivi du prestataire et consigner toutes les opérations de maintenance y compris celles du prestataire dans le carnet sanitaire. Vérifier la bonne réalisation des mesures d'entretien et de maintenance des réseaux d'eau chaude sanitaire. Il est recommandé de suivre les dispositions du guide d'information pour les gestionnaires d'ERP concernant la mise en œuvre des dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire collectifs.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	3 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 31</b> Légionelles : Absence d'entretien des éléments périphériques de robinetterie.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Article R1321-55 du code de la santé publique Guide annexé à la circulaire du 21/12/2010)</i></p>	<p><b>Recommandation 31 :</b> Mettre en œuvre les mesures d'entretien ou de remplacement (si mauvais état) des éléments périphériques de robinetterie selon le guide d'information pour les gestionnaires d'ERP concernant la mise en œuvre des dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire collectifs. Veiller également à respecter les fréquences préconisées dans le guide d'information pour les gestionnaires d'ERP concernant la mise en œuvre des dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire collectifs.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	1 an		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 32</b> Légionelles : Absence de mesure du Titre Hydrotimétrique de l'eau</p>	<p><b>Recommandation 32 :</b> S'assurer que l'eau après traitement par adoucisseur n'est pas agressive ou corrosive. A cet effet, il pourra être procédé à des mesures de TH.</p>	3 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de</b></p>

<p>avant et après adoucissement.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Article R 1321-55 du code de la santé publique ; Guide 2011 du CSTB « procédés de traitements des eaux »)</i></p>	<p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>			<p><b>mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 33</b> Légionelles : Présence de bras mort.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Guide annexé à la circulaire du 21 décembre 2010)</i></p>	<p><b>Recommandation 33 :</b> Identifier et supprimer les bras morts du réseau de distribution.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>1 an</p>		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 34</b> Légionelles : Absence de procédure concernant la surveillance de la température et les actions à mettre en place en cas de dérive.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Arrêté du 01/02/2010, article 3)</i></p>	<p><b>Recommandation 34 :</b> Veiller à élaborer une procédure décrivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La localisation des points de surveillance ;</li> <li>- La méthodologie du relevé de température ;</li> <li>- Les objectifs de températures et les actions correctives associées.</li> </ul> <p>Compléter la procédure de surveillance des températures en fixant des objectifs de température :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En départ de production : température au point de mise en distribution supérieure à 55°C ;</li> <li>- En retour de boucle : température supérieure à 50°C ;</li> <li>- Écart entre T°C de départ et de retour de boucle inférieur à 5°C.</li> </ul> <p>Définir les conduites à tenir en cas de non-respect des objectifs de température.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	<p>3 mois</p>		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>

<p><b>Remarque 35</b> Légionelles : Absence de procédure relative aux actions mises en œuvre en cas de contamination du réseau par des légionelles.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Bonnes pratiques)</i></p>	<p><b>Recommandation 35 :</b> Formaliser par écrit la conduite à tenir en cas de mise en évidence de concentrations en légionelles dépassant les objectifs cibles réglementaires : investigations à mettre en œuvre, interventions techniques à réaliser sur le réseau, informations à délivrer, mesures préventives à mettre en œuvre, ...</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	3 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>
<p><b>Remarque 36</b> Légionelles : Absence de procédure relative aux actions mises en place lors de la survenue d'un cas de légionellose ayant fréquenté l'établissement.</p> <p><i>(Rappel de la réglementation : Bonnes pratiques)</i></p>	<p><b>Recommandation 36 :</b> Formaliser par écrit les actions à mener suite à un cas de légionellose ayant fréquenté l'établissement.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité des mises en conformité demandées</p>	3 mois		<p><b>A ce jour, aucune preuve d'effectivité n'a été apportée. La remarque, la recommandation et le délai de mise en œuvre associés sont maintenus.</b></p>