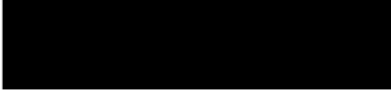




Mission n° 2024_HDF_0531

Réf : 2024.DSSSE-SDIC-RF



Lille, le 12 FEV. 2026

Le directeur général de l'agence régionale de santé

et

le président du conseil départemental du Nord

à

Monsieur Michel THUMERELLE
Directeur
EHPAD « Dronsart »
581, rue Hubert Gallez
59111 BOUCHAIN

Lettre recommandée avec accusé de réception

Objet : mesures correctives à la suite de l'inspection du 13 juin 2024 de l'EHPAD « Dronsart » situé 581, rue Hubert Gallez, 59111 BOUCHAIN.

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle 2024, l'EHPAD « Dronsart » situé 581, rue Hubert Gallez, 59111 Bouchain, a fait l'objet d'une inspection en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles, et des articles L.1421-1 et L.1435-7 du code de la santé publique.

Cette inspection a été réalisée le 13 juin 2024. Le rapport d'inspection et le tableau des mesures correctives envisagées vous ont été adressés le 16 mai 2025.

Par courrier reçu le 30 juin 2025, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et les mesures correctives envisagées.

Au regard de ce courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouvez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures

correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que le directeur général de l'agence régionale de santé préside.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Pour le directeur général
et par délégation,
La directrice générale adjointe

Sandrine WILLIAUME



Pour le président du conseil départemental
et par délégation,
le directeur de l'autonomie,



Pierre LOYER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures définitives.

Mesures définitives correctives à la suite de l'inspection du 13 juin 2024 de l'EHPAD Dronsart à Bouchain (59111)

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place demandé après clôture de la période contradictoire	Délai effectif de mise en œuvre
<p><u>Ecart N°1</u> : le PASA, bien qu'agréé et financé, ne fonctionne pas depuis mars 2023 par manque de moyens selon les entretiens. L'absence de fonctionnement du PASA n'est pas conforme à l'autorisation et ne permet pas une prise en charge de qualité pour les résidents ayant des troubles du comportement consécutifs particulièrement à un syndrome démentiel, qui altèrent la qualité de vie de la personne et des autres résidents.</p>	<p><u>Prescription n°1</u> : remettre en place un fonctionnement normal du PASA.</p>	6 mois	
<p><u>Ecart n°2</u> : Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement et n'est pas transmis à tous les personnels intervenant en son sein, conformément aux dispositions figurant à l'article R.31134 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°2</u> : afficher le règlement de fonctionnement, le transmettre à tout intervenant au sein de la structure.</p>	Levée	
<p><u>Ecart n°3</u> : l'absence de présentation de la politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement contrevient à l'article L.311-8 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°3</u> : insérer un volet relatif à la politique de bientraitance au sein du projet d'établissement.</p>	6 mois	

<p><u>Ecart n°4</u> : En n'affichant pas le projet d'établissement (PE) dans ses locaux, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D.311-38-4 du CAS, issues du décret 2024-166. Ce dernier indique la liste des documents, notices et services d'information à afficher dans les locaux.</p>	<p><u>Prescription n°4</u> : afficher le projet d'établissement.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°5</u> : Le CVS n'a pas été consulté avant la mise en œuvre du PE, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°5</u> : faire valider le projet d'établissement par le CVS.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°6</u> : L'établissement ne dispose pas d'un organigramme détaillé spécifique à l'établissement. De plus, celui communiqué n'est ni daté ni signé. Ainsi, l'établissement contrevient aux articles D.312-155-0 II CASF et L.312-1III alinéa 4 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°6</u> : formaliser un organigramme précis, daté et signé.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°7</u> : La composition du CVS n'est pas conforme, car le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leurs familles ou de leurs représentants légaux, d'autre part, ne respectent pas les articles D.311-5 du CASF et D.31117 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°7</u> : régulariser la composition du CVS.</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Ecart N°8</u> : En ne précisant pas, dans le règlement intérieur du CVS, le rôle du CVS dans l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement, l'établissement n'informe pas correctement les membres du CVS de leurs droits, conformément à l'article D.311-26 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 8</u> : préciser, dans le règlement intérieur du CVS, le rôle du CVS dans l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart N°9</u> : En n'affichant pas la composition du CVS et son dernier compte-rendu, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D.311-38-4 du CASF, issu du décret 2024-166. Ce dernier indique la liste des documents, notices et services d'information à afficher dans les locaux.</p>	<p><u>Prescription n° 9</u> : afficher la composition du CVS et son dernier compte-rendu.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart N° 10</u> : En ne comportant pas en annexe la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement et la liste des personnes qualifiées, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'article L.311-4 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 10</u> : annexer la charte des droits et libertés et la liste des personnes qualifiées, dans le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Ecart n°11</u> : En ne précisant pas suffisamment les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, en ne comportant pas le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées dans l'instruction ministérielle DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p>	<p><u>Prescription n°11</u> : compléter le livret d'accueil dans le domaine de la prévention de la maltraitance.</p>	<p>3 mois</p>	
<p><u>Ecart n° 12</u> : En n'ayant pas réalisé d'avenant pour tous les résidents à la suite du changement de bâtiment en 2016, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 12</u> : insérer un avenant dans le contrat de séjour pour les résidents à la suite du changement de bâtiment en 2016.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°13</u> : En n'ayant pas fait signer l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir des personnes accueillies en Unité de Vie Alzheimer (UVA), l'établissement n'apporte pas la preuve de l'information de la privation de liberté et de la décision pluridisciplinaire ayant amené cette privation, conformément à l'article L.311-4-1 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°13</u> : faire signer l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir des personnes accueillies en Unité de Vie Alzheimer (UVA).</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°14</u> : en ne proposant pas à son personnel les services d'écoute et d'accompagnement adaptés, l'établissement contrevient à l'instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p>	<p><u>Prescription n°14</u> : Mettre à disposition du personnel les services d'écoute et d'accompagnement adaptés.</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Ecart n°15</u> : en n'indiquant pas les coordonnées des autorités de tutelle dans ses procédures relatives aux EIG, l'établissement contrevient à l'instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p>	<p><u>Prescription n°15</u> : indiquer les coordonnées des autorités de tutelle dans les procédures relatives aux EIG.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°16</u> : l'évaluation des pratiques professionnelles parmi les professionnels de santé n'est pas formalisée, ce qui contrevient à l'article D.4133-1-1 du CSP.</p>	<p><u>Prescription n°16</u> : mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles pour les professionnels de santé.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°17</u> : en n'indiquant pas le positionnement du personnel au sein des deux unités de vie Alzheimer la nuit, l'établissement contrevient à l'article L.311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°17</u> : préciser le positionnement du personnel au sein des deux unités de vie Alzheimer la nuit.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°18</u> : L'absence de psychologue, d'infirmière coordinatrice, et de psychomotricien ne favorise ni la prise en charge pluridisciplinaire ni la prise en charge individuelle de qualité des personnes accueillies et est contraire à l'article L.311-3 CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 18</u> : Recruter sur les postes de psychologue, d'infirmière coordinatrice, et de psychomotricien.</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Ecart n°19</u> : Des ASHQ (agents de service hospitaliers qualifiés) et animateurs participent à la réalisation des soins de nursing. Cette organisation est contraire aux dispositions du décret n°2021-1825 du 24/12/2021 portant statut particulier des corps de la filière soignante de la catégorie C de la fonction publique hospitalière. Les agents non qualifiés réalisent les mêmes actes de soins que les aides-soignants et accompagnant éducatif et social ; cette organisation est contraire aux dispositions de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.</p>	<p><u>Prescription n°19</u> : assurer l'accomplissement des soins à la personne par des personnels qualifiés en nombre suffisant.</p>	<p>6 mois</p>	
<p><u>Ecart n° 20</u>: L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation permettant de garantir la qualité de prise en charge des résidents, de couvrir à la fois les besoins du personnel au regard des difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice quotidien de leurs fonctions (dont le management, et la charge de travail et son intensification identifiée par trois membres du personnel dans leurs entretiens d'évaluation), les spécificités de la population accompagnée, de même que la thématique de la prévention de la maltraitance, ce qui est contraire à l'Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 et aux recommandations de la HAS.</p>	<p><u>Prescription n°20</u> : mieux adapter le plan de formation aux spécificités de la population prise en charge.</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Ecart n°21</u> : En ne sécurisant pas les locaux techniques, les produits ménagers, les objets coupants ou pointus et les cuisines des UVA, l'établissement ne garantit pas la sécurité de prise en charge des résidents au sens de l'article L.311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 21</u> : sécuriser les locaux techniques, les produits ménagers, les objets coupants ou pointus et les cuisines des UVA.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n° 22</u>: L'absence d'apposition des dates d'ouverture sur les aliments multidoses, l'absence d'identification et d'apposition de la date de fabrication des produits fabriqués par l'établissement ou délotés par ce dernier, le manque d'hygiène d'une surface proche de la confection des assiettes des résidents et la coexistence dans un même réfrigérateur de médicaments et d'aliments ne permettent pas à l'établissement de garantir la qualité de prise en charge des résidents au sens de l'article L.311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°22</u> : corriger les défauts d'hygiène tels que l'absence d'apposition des dates d'ouverture sur les aliments multidoses, l'absence d'identification et d'apposition de la date de fabrication des produits fabriqués par l'établissement ou délotés par ce dernier, le manque d'hygiène d'une surface proche de la confection des assiettes des résidents et la coexistence dans un même réfrigérateur de médicaments et d'aliments.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n° 23</u> : En n'identifiant pas correctement tous les dispositifs d'appel, l'établissement ne garantit pas l'intervention des professionnels auprès des résidents, notamment dans des situations d'urgence et ne garantit pas la sécurité des résidents au sens de l'article L.311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°23</u> : identifier et suivre correctement tous les dispositifs d'appel.</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Ecart n°24</u> : en ne datant pas le contrat de séjour, l'établissement contrevient à l'article D.311-0-1 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°24</u> : dater les contrats de séjour.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°25</u> : En ne disposant pas de convention entre l'EHPAD et la résidence service pour la mise à disposition de professionnels et le défraiement de ceux-ci, l'établissement augmente la source de travail, détourne des ressources humaines, sans contrepartie et au détriment de la qualité et la sécurité des accompagnements proposés aux résidents de l'EHPAD. De plus, il engendre un problème de sécurité des résidents.</p>	<p><u>Prescription n°25</u> : formaliser une convention entre l'EHPAD et la résidence service pour la mise à disposition de professionnels et le défraiement de ceux-ci. Une convention sera établie et transmise dès validation ; en attendant, il existe un système de refacturation sur chaque budget des personnels et service mis à disposition. Un système de renfort des équipes est prévu si nécessaire. Maintien en l'attente de la communication de la convention.</p>	<p>3 mois</p>	

<p><u>Ecart N°26</u> : L'absence de traçabilité de l'hydratation des résidents ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante au sens de l'article L.311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°26</u> : tracer l'hydratation des résidents.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°27</u> : le temps de médecin coordonnateur est inférieur au temps requis indiqué à l'article D.312-158 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°27</u> : mettre à niveau le temps de médecin coordonnateur.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n°28</u> : l'organisation actuelle des transmissions ne permet pas une circulation optimale des informations et ne facilite ni la continuité des prises en charge ni leur individualisation conformément au décret 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.</p>	<p><u>Prescription n°28</u> : réorganiser et formaliser les transmissions.</p>	<p>6 mois</p>	
<p><u>Ecart n°29</u> : l'EHPAD n'est pas conforme à l'article D.312-155-0 CASF en ne participant pas au dispositif d'appui à la coordination territoriale et en n'étant pas en lien avec le CLIC du territoire</p>	<p><u>Prescription n°29</u> : participer au dispositif d'appui à la coordination territoriale et en lien avec le CLIC du territoire</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Remarque n° 1</u> : en n'indiquant pas les éléments d'informations relatifs à la date de rédaction et au FINESS de l'établissement, l'établissement ne suit pas la recommandation HAS de 2009 concernant le projet d'établissement et de service.</p>	<p><u>Recommandation n° 1</u> : préciser les éléments d'informations relatifs à la date de rédaction et au FINESS de l'établissement.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°2</u> : L'absence de formalisation et de diffusion de l'organisation de la <u>permanence</u> de direction au personnel n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de qualité de vie en EHPAD de l'ANESM (2012).</p>	<p><u>Recommandation n°2</u> : formaliser et diffuser l'organisation de la permanence de direction au personnel conformément aux recommandations de bonnes pratiques de qualité de vie en EHPAD de l'ANESM (2012).</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°3</u> : le traitement des réclamations des usagers n'est pas formalisé, conformément aux recommandations de bonnes pratiques en EHPAD : qualité de vie en EHPAD, 2011.</p>	<p><u>Recommandation n° 3</u> : formaliser le traitement des réclamations des usagers conformément aux recommandations de bonnes pratiques en EHPAD : qualité de vie en EHPAD, 2011.</p>	<p>6 mois</p>	

<p><u>Remarque n°4</u> : l'absence de connaissance précise des missions et responsabilités de chaque professionnel voire leur non-formalisation engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle comme l'indiquent les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance" - Décembre 2008.</p>	<p><u>Recommandation n°4</u> : renforcer la formalisation et la connaissance précise des missions et responsabilités de chaque professionnel.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°5</u> : L'absence d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008</p>	<p><u>Recommandation n°5</u> : Mettre en place une instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°6</u> : en ne disposant pas de projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, l'établissement ne permet pas un fonctionnement optimal de l'accueil en temporaire et de l'accompagnement de ces résidents accueillis temporairement avant un retour à domicile selon la note d'information N° DGCS/SD3A/3B/CNSA/DESMS/2021/69 du 19 mars 2021 concernant le cadre national d'orientation sur les principes généraux relatifs à l'offre de répit et à l'accueil temporaire.</p>	<p><u>Recommandation n°6</u> : élaborer un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire.</p>	<p>6 mois</p>	

<p><u>Remarque n°7</u> : Le manque de personnalisation des espaces communs autour de la chambre ne permet pas l'affirmation du caractère privatif de la chambre du résident comme le recommandent les bonnes pratiques de l'ANESM intitulées « concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », novembre 2009.</p>	<p><u>Recommandation n°7</u> : personnaliser les espaces communs autour de la chambre.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°8</u> : l'établissement n'applique pas la distinction entre la personne référente et la personne de confiance notamment pour résoudre les conflits éventuels des familles en la nommant, comme le prévoit l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle « désigner, le cas échéant, un référent familial ».</p>	<p><u>Recommandation n°8</u> : appliquer la distinction entre la personne référente de la personne de confiance.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°9</u> : L'absence de mention relative aux pratiques de toilettes des résidents dans les projets d'accueil et d'accompagnement ne répond pas aux recommandations de l'ANESM (01-102018 « le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement » (Volet EHPAD).</p>	<p><u>Recommandation n°9</u> : inclure dans les projets d'accueil et d'accompagnement les pratiques de toilettes des résidents.</p>	<p>Levée</p>	

<p><u>Remarque n°10</u> : l'établissement n'a pas prévu de recueillir les conduites addictives à risques lors de l'admission afin de construire une prise en charge prenant en compte les recommandations de l'HAS du 29 novembre 2022 sur la prévention des risques et des dommages en secteur personnes âgées et à s'appuyer sur les services spécialisés en addictologie (CSAPA) de son secteur.</p>	<p><u>Recommandation n°10</u> : recueillir les conduites addictives et à risques lors de l'admission.</p>	<p>Levée</p>	
---	---	--------------	--

<p><u>Remarque n°11</u> : la fréquence de renouvellement des projets individuels annoncée dans le projet d'établissement (6 mois) n'est pas respectée.</p>	<p><u>Recommandation n°11</u> : concilier la fréquence de renouvellement des projets individuels annoncée dans le projet d'établissement et la réalité.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°12</u> : une partie des médecins traitants n'utilise pas le dossier du patient informatisé.</p>	<p><u>Recommandation n°12</u> : inciter les médecins traitants à utiliser le dossier du patient informatisé.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Remarque n°13</u> : Les kinésithérapeutes ne tracent pas leurs actes et observations.</p>	<p><u>Recommandation n°13</u> : tracer les observations et actes de kinésithérapie.</p>	<p>Levée</p>	

Remarque n°14 : l'absence de protocoles sur la prise en charge de la douleur ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante.	<u>Recommandation n°14</u> : formaliser la prise en charge de la douleur.	Levée	
Remarque n° 15 : en l'état, le protocole relatif à la prise en charge de soins palliatifs ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge satisfaisante.	<u>Recommandation n°15</u> : finaliser le protocole de soins palliatifs.	3 mois	

Remarque n°16 : au moment de l'inspection, les chariots de distribution des médicaments ne sont pas sécurisés.	<u>Recommandation n°16</u> : sécuriser les chariots de distribution des médicaments.	Levée	
Remarque n°17 : la procédure abordant l'agressivité des résidents ne précise pas la conduite à tenir en cas d'agression d'un personnel, d'un autre résident, notamment en termes de déclaration interne et externe d'EIG, la situation est pourtant fréquente.	<u>Recommandation n°17</u> : compléter la procédure abordant l'agressivité des résidents.	Levée	
Remarque n°18 : le temps de psychologue est inférieur aux besoins identifiés.	<u>Recommandation n°18</u> : renforcer le temps de psychologue.	Levée	
Remarque n°19 : la mission n'a eu communication des conventions éventuelles établies avec les partenaires extérieurs.	<u>Recommandation n°19</u> : formaliser et transmettre les conventions éventuelles établies avec les partenaires extérieurs.	Levée	

<p>Remarque n° 20 : l'établissement ne met pas en place un partenariat afin de l'accompagner dans la mise en place de la réduction des risques et des dommages selon les recommandations de la HAS du 29 novembre 2022.</p>	<p><u>Recommandation n°20</u> : instituer un partenariat afin d'accompagner dans la mise en place de la réduction des risques et des dommages selon les recommandations de la HAS du 29 novembre 2022.</p>	<p>Levée</p>	
---	--	--------------	--

<p>Remarque n°21 : L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est insuffisante, et ne lui permet pas d'instaurer et de bénéficier d'un éventail de coopérations et de collaborations formalisées avec des partenaires travaillant dans son environnement médico-social. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de l'ANESM « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, décembre 2008 », p. 8.</p>	<p><u>Recommandation n°21</u>:renforcer l'ouverture à l'extérieur.</p>	<p>Levée</p>	
---	--	--------------	--