

Service émetteur : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de
l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle « Inspections-Contrôles »
Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]
Réf. Interne : DUAJIQ-PIC/2025-236
Date : mardi 30 décembre 2025

Monsieur [REDACTED]
Président de l'Association USSAP
25 chemin de la ronde
BP 111
11304 LIMOUX CEDEX

N° PRIC : MS_2025_11_CS_03

Courrier RAR n° 1A 212 732 3216 5

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'établissement

Objet : Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) du Razès à Alaigne (11) : 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,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de la MAS du Razès, sise route de Villelongue à Alaigne (11240) en date des 26 et 27 août 2025, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 10 novembre 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 26 novembre 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 correctives énumérées dans le tableau joint en annexe 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.

J'attire particulièrement votre attention sur le fait que l'injonction est maintenue ainsi que 17 des 22 prescriptions.

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 de l'Aude (ars-oc-dd11-direction@ars.sante.fr), en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

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

En application des articles L121-1 et L122-1 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.

.../...

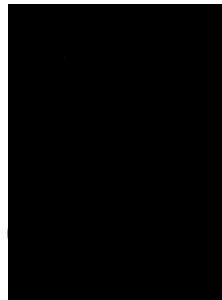
Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

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.

Pour le Directeur Général et par délégation,
La Responsable du pôle « Inspections-Contrôles »



Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Régional « Inspections-Contrôles »

Annexe à la lettre de clôture

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

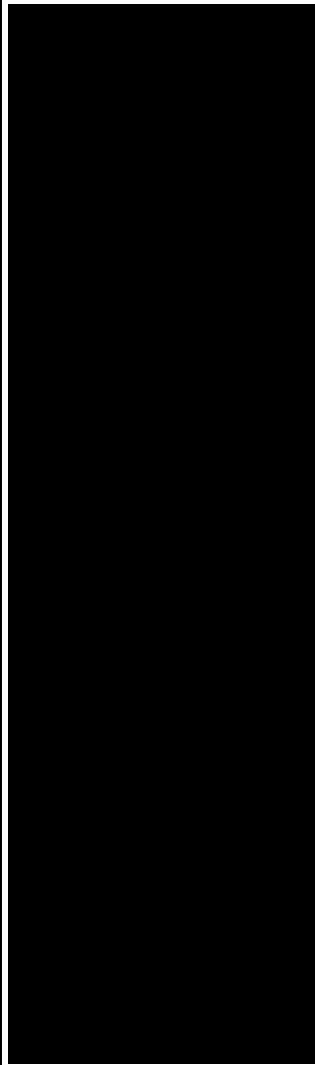
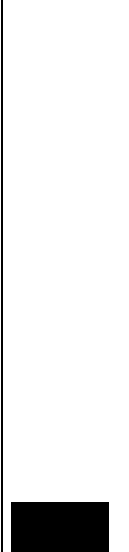
Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) du Razès - Alaigne (11240)

26 et 27 août 2025

N° PRIC : MS_2025_11_CS_03

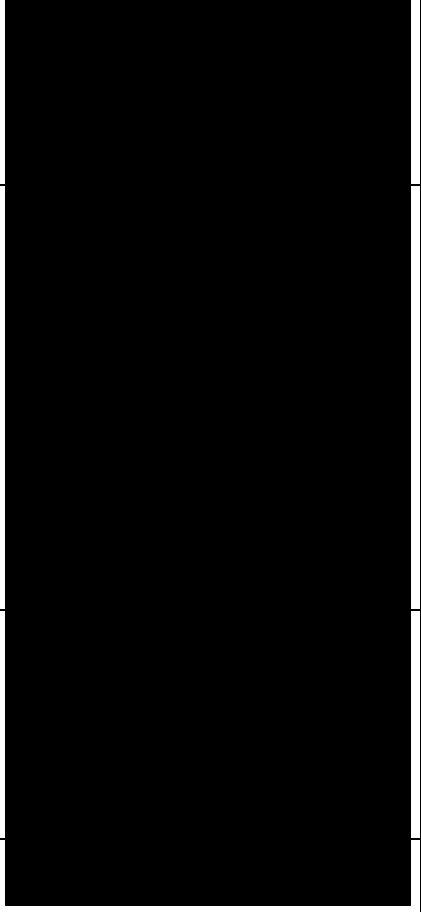

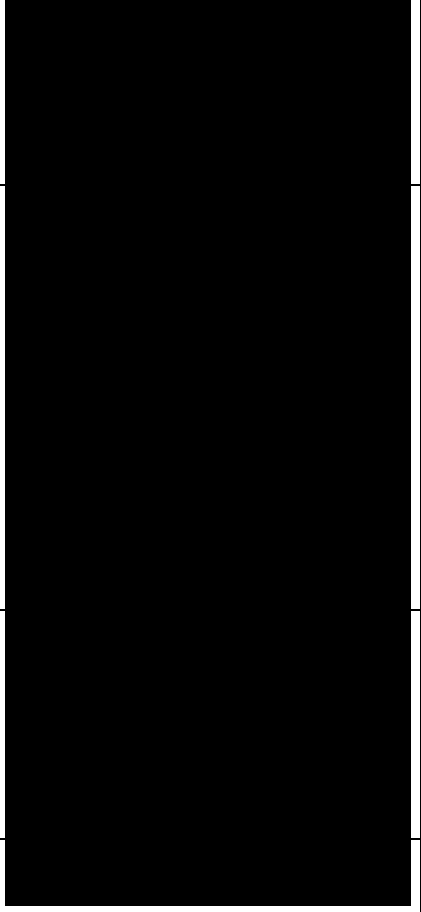

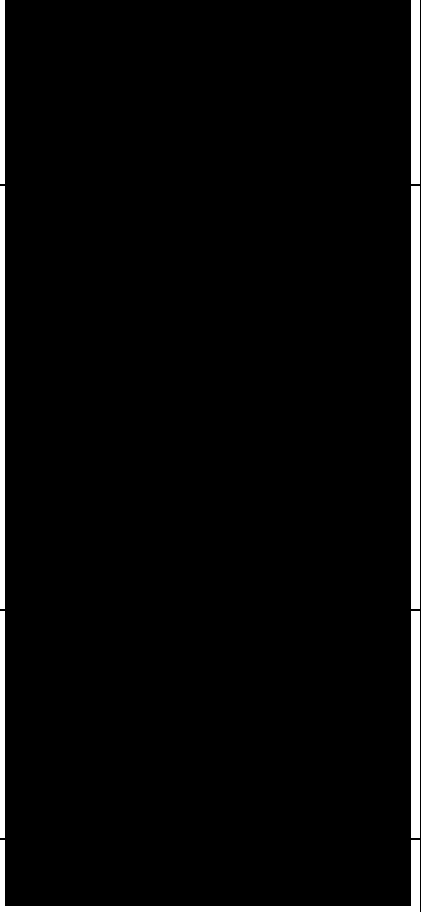

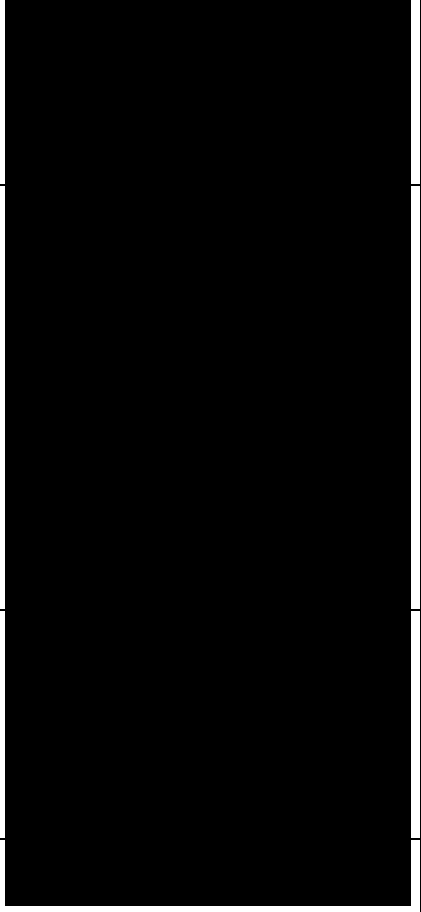

Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

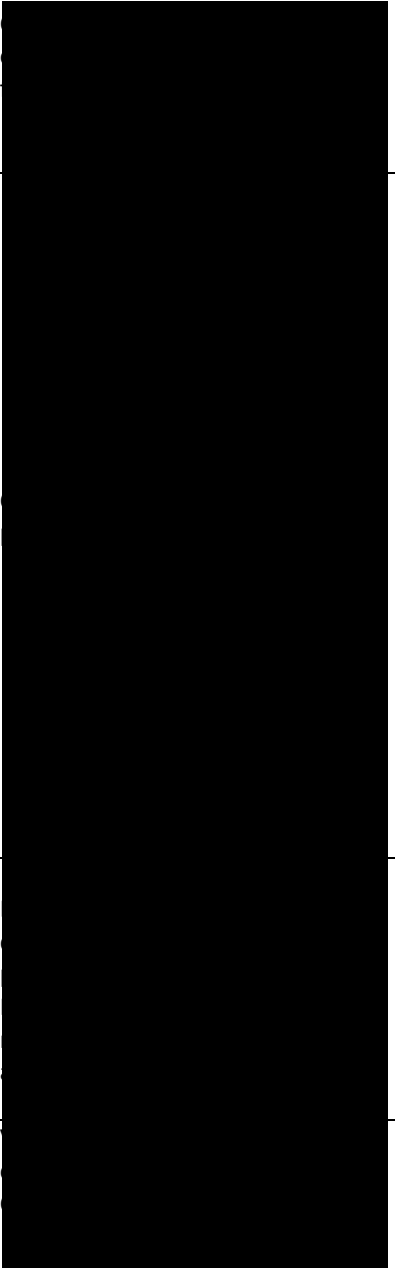
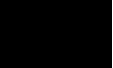

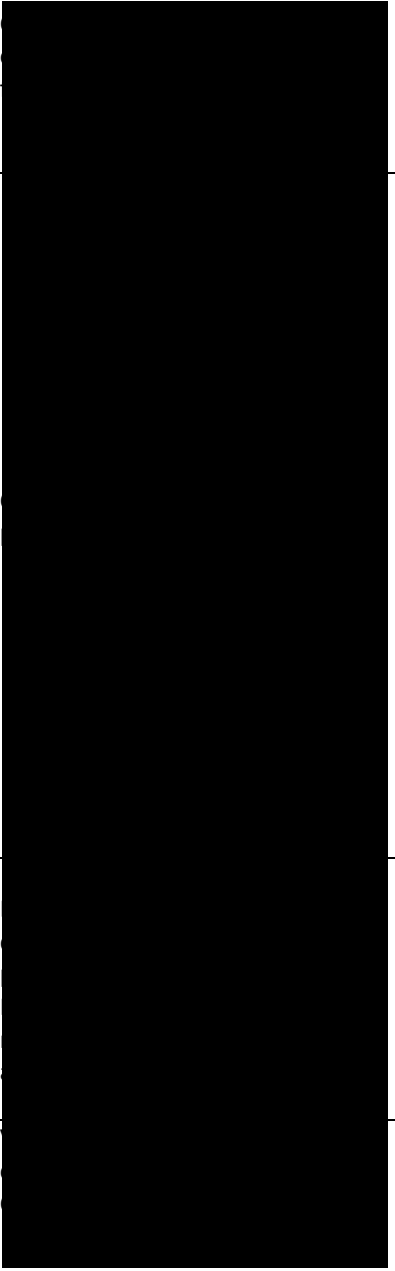

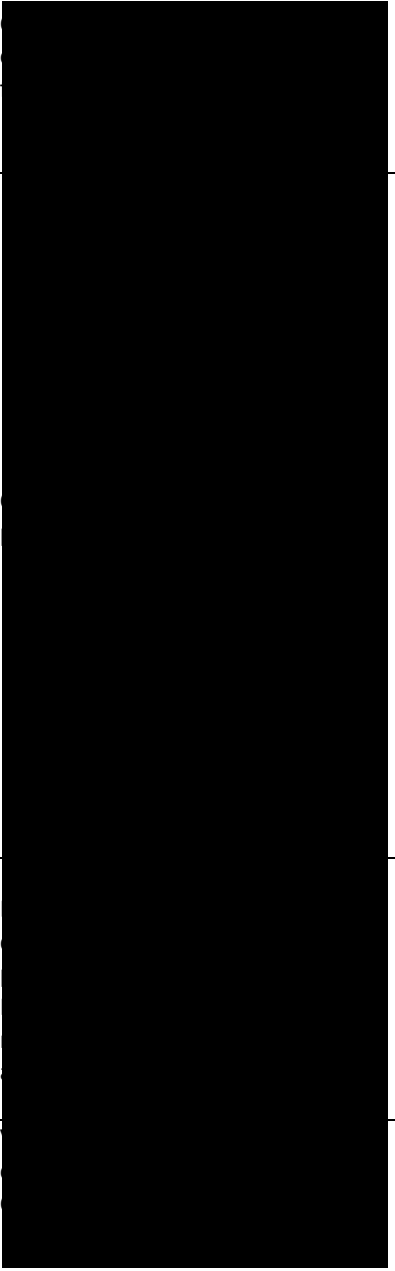

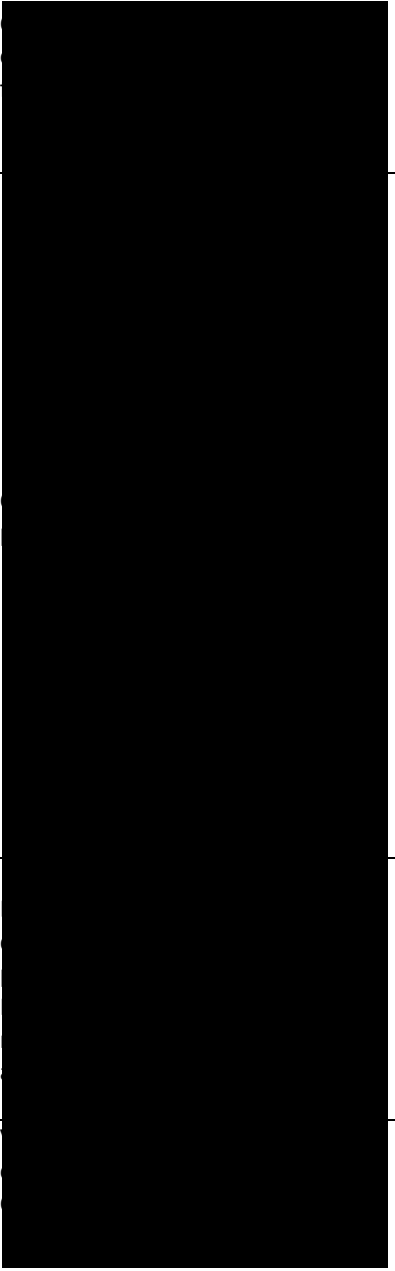

Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Écart majeur	Rappel de la réglementation	Mesure (injonction) et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
<p>Écart majeur 1 : L'absence de déclaration des dysfonctionnements graves et des EIGS à l'ARS est connue de la direction de l'USSAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> La procédure, telle que rédigée, est un obstacle à la déclaration sans délai des dysfonctionnements graves et des EIGS ; La formation des salariés au signalement des FEVI encourage à dégrader la cotation de gravité sur le logiciel afin d'éviter la déclaration à l'ARS. 	<p>L331-8-1 CASF Arrêté du 28 décembre 2016 : liste des 11 dysfonctionnements et modèle de FEI Articles du CSP : L1413-14 R1413-68 (EIGS) R1413-69 (déclaration en 2 parties)</p>	<p>Injonction 1 : Se conformer aux obligations législatives et réglementaires en transmettant sans délai à l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous dysfonctionnements graves et EIGS ; Une nouvelle procédure de signalement des EI/EIG/EIGS précisant la cotation à utiliser, par quels agents et leurs éventuels pouvoirs de modification, le rappel des modalités réglementaires en cas de dysfonctionnements graves et d'EIGS ; Un calendrier précis de la formation de tous les salariés (CDI et CDD) à la nouvelle procédure de signalement sur le logiciel ; Un audit des modalités de garantie du respect de cette procédure par la direction qualité ; 	<p>Immédiat</p> <p>10 jours</p> <p>10 jours</p> <p>10 jours</p>			<p>Injonction 1 maintenue.</p> <ol style="list-style-type: none"> La procédure datée du [redacted] contient deux inexactitudes : <ul style="list-style-type: none"> Page 2 : « sans délai indu » doit être remplacé par « sans délai » ; Page 5 : l'adresse d'alerte doit être remplacée par ars-oc-alerte@ars.sante.fr Cette procédure doit être signée par le DG et le DO PA-PH, comme prévu ; En attente des justificatifs de formation de tous les salariés ; En attente du résultat de l'audit interne.

		<ul style="list-style-type: none">• Une liste d'émargement des salariés à cette nouvelle formation EI/EIG/EIGS, attestée par la direction.	1 mois			
--	--	--	---------------	--	--	--

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


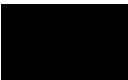
Écart	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
<p>Écart 1 : Le règlement de fonctionnement ne contient pas toutes les informations prévues réglementairement. En outre, il comporte des erreurs.</p>	<p>L311-7, R311-33 à 37 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3</p>	<p>Prescription 1 : Élaborer un règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires.</p>	<p>1 mois</p>			<p>Prescription 1 maintenue.</p>
<p>Écart 2 : Le projet d'établissement en vigueur dans l'établissement aux jours de l'inspection ne respecte pas les dispositions législatives et réglementaires.</p>	<p>L311-7, R311-33 à R311-37-1, D344-5-7 CASF) Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3</p>	<p>Prescription 2 : Élaborer un projet d'établissement conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Prescription 2 maintenue.</p>
<p>Écart 3 : La directrice anime le CVS. De plus, certains CR ne sont pas signés ou sont signés par la directrice.</p>	<p>D311-9 et 20 CASF</p>	<p>Prescription 3 : Tous les PV de CR doivent être signés par la présidence ou la vice-présidence s'il s'en trouve une. L'organisation des CVS doit se faire conformément aux dispositions réglementaires.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 3 maintenue. Un seul CR de CVS sur les trois de 2023 est signé par la présidence. Aucun CR de CVS de 2025 transmis dans le cadre du contradictoire.</p>
<p>Écart 4 : Les CR de CVS ne sont pas transmis à l'ARS.</p>	<p>D311-27 CASF</p>	<p>Prescription 4 : Transmettre à l'ARS les CR des réunions de CVS.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 4 levée.</p>

<p>Écart 5 : L'ensemble des documents réglementairement obligatoires n'est pas présent ou accessible à tous publics dans les tableaux d'affichages.</p>	<p>L311-4, R311-34 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3</p>	<p>Prescription 5 : Afficher de façon lisible tous les documents réglementaires prévus.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 5 levée.</p>
<p>Écart 6 : Le risque psycho-social est alimenté par un sentiment d'insécurité au travail, exprimé par le personnel, et considéré comme insuffisamment traité par les instances décisionnelles du gestionnaire. Le haut taux de sinistralité identifié par la branche « Risques Professionnels » de la  a donné lieu à une lettre de prescription d'actions de prévention de la part de cet organisme. Aux jours de l'inspection, le sentiment d'insécurité est tout aussi prégnant. Cette situation accroît la survenance du risque de maltraitance.</p>	<p>Charte des droits et libertés de la personne accueillie L311-3, D344-5-10 à 13 CASF</p>	<p>Prescription 6 (commune avec Remarque majeure 1) : Établir le diagnostic partagé au sein de l'USSAP (incluant le secteur psychiatrie) sur les capacités et insuffisances actuelles des équipes de la MAS du Razès à répondre aux exigences de la prise en charge, en nombre et en profil, des publics accueillis tels que prévus dans l'autorisation actuelle. Ce diagnostic doit être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagné d'un plan d'actions visant à résorber le sentiment d'insécurité du personnel et à renforcer les équipes incomplètes et fragilisée ; • Partagé avec l'ARS dans l'éventualité où il serait accompagné d'une demande argumentée de révision de l'autorisation actuelle. 	<p>3 mois</p>			<p>Prescription 6 levée. L'association doit poser la réflexion de la mise en place d'un pool de remplaçants « formés à la PEC TSA » interne à l'USSAP, évitant les recours aux CDD non formés.</p>
<p>Écart 7 : En n'ayant ni psychologue, ni temps d'assistant de service social et aucun personnel de la catégorie « selon les besoins » (malgré les besoins des personnes accueillies), la composition de l'équipe globale n'atteint pas les exigences réglementaires de pluridisciplinarité.</p>	<p>L311-3, L312-1, D 344-5-10 à 13 CASF</p>	<p>Prescription 7 : Renforcer l'équipe en garantissant le respect de sa pluridisciplinarité réglementaire. Transmettre à l'ARS le plan d'actions précis pour y parvenir.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription 7 maintenue.</p>
<p>Écart 8 : L'établissement contrevient à la réglementation en employant du personnel non-détenteur des diplômes requis pour occuper leur poste de travail.</p>	<p>L311-3, L312-1- II, D344-5-14 CASF, L4394-1 CSP</p>	<p>Prescription 8 : Respecter toutes exigences législatives et réglementaires relatives à la qualification du personnel.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 8 maintenue dans l'attente de la transmission du justificatif du diplôme du salarié en congé.</p>


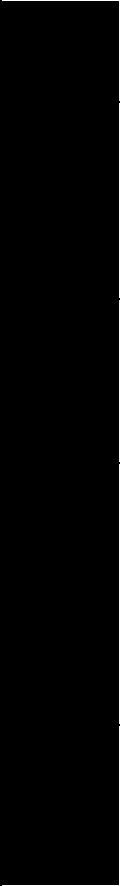

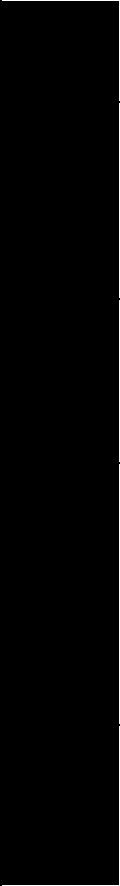

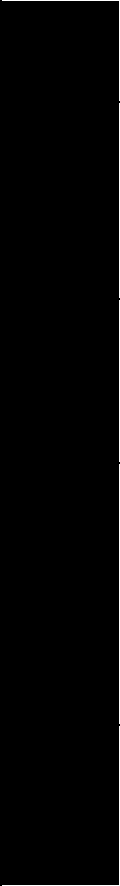

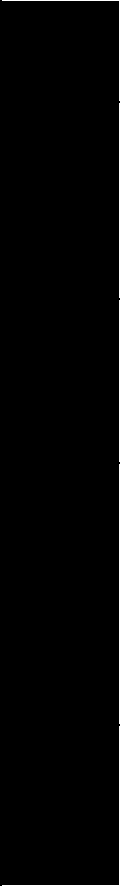

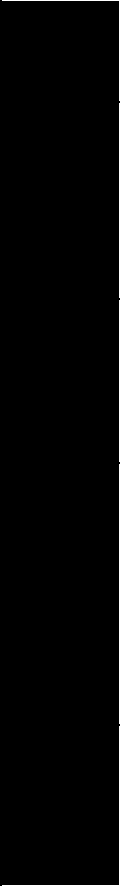

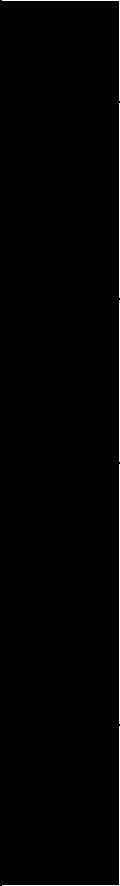
<ul style="list-style-type: none"> L'emploi de soignant est exercé par du personnel n'ayant pas la qualification réglementaire requise, Un glissement de tâche institutionnalisé existe entre AS et AES ou AMP. 	Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	Transmettre à l'ARS les actions correctrices apportées.			
Écart 9 : Absence de désignation d'un référent pour les activités physiques et sportives parmi le personnel.	L311-12, D311-40 CASF	Prescription 9 : Désigner un référent pour les activités physiques et sportives parmi les salariés en CDI et transmettre la fiche de poste du salarié ainsi modifiée.	1 mois		Prescription 9 maintenue.
Écart 10 : Le gestionnaire ne vérifie pas systématiquement la compatibilité de chaque nouvel employé à l'exercice de sa fonction et il n'a pas organisé la révision périodique de cette vérification.	L133-6 CASF	Prescription 10 : Transmettre une liste nominative des salariés à la MAS du Razès, datée et attestant de la vérification pour chacun de la compatibilité à exercer son emploi.	1 mois		Prescription 10 maintenue. Le gestionnaire ne répond pas à la prescription
Écart 11 : L'adéquation entre le plan de développement des compétences, les besoins de formation du personnel et le budget alloué reste insuffisante. Le budget consacré à la formation est en baisse, alors même que les besoins en formation du personnel se font de plus en plus pressants. De surcroît, il n'atteint pas 1 % de la masse salariale pour 2025.	D344-5-10 CASF	Prescription 11 : Accroître l'effort de formation au regard des besoins des professionnels pour garantir la prise en charge attendue dans un établissement tel que la MAS et limiter le risque psycho-social au regard des difficultés d'accompagnement identifiées sur l'établissement. Transmettre la version réactualisée du plan de formation.	Fin d'année pour le plan de formation 2026		Prescription 11 maintenue dans l'attente de la transmission d'un tableau récapitulatif des preuves, avec chiffrage du plan de formation 2026.
Écart 12 : La mission n'a pas été destinataire de preuve d'organisation d'intégration des nouveaux personnels ou stagiaires recrutés, en dépit du fort enjeu que représente la bonne intégration des nouveaux professionnels dans cet établissement à l'activité reconnue pour être particulièrement difficile.	D344-5-14 CASF	Prescription 12 : Transmettre à l'ARS les éléments de l'organisation de l'intégration des nouveaux personnels et stagiaires dont une procédure validée.	1 mois		Prescription 12 maintenue.
Écart 13 : L'aménagement des locaux ne garantit pas la vie privée des personnes accueillies ni leur intimité.	D344-5-3, 6° et 8° CASF	Prescription 13 : Mettre en place des dispositifs adaptés d'occultation des fenêtres afin de garantir la confidentialité, le confort et le respect de l'intimité des personnes accueillies.	Immédiat		Prescription 13 maintenue dans l'attente de la transmission des preuves de réalisation.




Écart 14 : Le règlement de fonctionnement n'est pas annexé au livret d'accueil et la preuve de remise de ce document lors de l'admission n'est pas garantie.	L311-4 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Prescription 14 : Annexer le règlement de fonctionnement au livret d'accueil et le préciser sur ce dernier.	Immédiat		Prescription 14 maintenue.
Écart 15 : Le contrat de séjour ne prévoit pas la participation de la personne aux réunions et décisions la concernant, ne présente pas les objectifs globaux de prise en charge et les actions de soutien médico-social et éducatif.	L311-4, D344-5-4 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie	Prescription 15 : Adapter le document type de contrat de séjour à toutes les exigences réglementaires en vigueur et transmettre la nouvelle version à l'ARS.	2 mois		Prescription 15 maintenue.
Écart 16 : Les modalités d'organisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) lors des séjours en famille ne sont pas décrites dans une procédure.	D344-5-5 6° CASF	Prescription 16 : Formaliser les modalités d'organisation de la PECM lors des séjours en famille en les intégrant dans la procédure existante « circuit du médicament » ou via une procédure spécifique.	1 mois		Prescription 16 maintenue.
Écart 17 : Les prescriptions médicales ne comportent pas de libellé permettant de distinguer s'il s'agit d'un acte de la vie courante ou d'un soin relevant de l'intervention d'auxiliaires médicaux, en contradiction avec les dispositions réglementaires.	L.313-26 CASF	Prescription 17 : Mettre en conformité le libellé des prescriptions médicales avec les dispositions réglementaires afin de qualifier explicitement l'acte (acte de la vie courante ou intervention d'auxiliaire médical).	1 mois		Prescription 17 maintenue.
Écart 18 : Il a été constaté que certains protocoles nominatifs de prise en charge thérapeutique de l'établissement étaient datés de plus d'un an, notamment certains protocoles antalgiques contenant du paracétamol et de la codéine, médicament inscrit sur la liste I. Cette absence de réévaluation annuelle n'est pas conforme à la réglementation, qui limite la durée de prescription des médicaments inscrit sur les listes I et II des substances vénéneuses à douze mois.	R5132-21 CSP	Prescription 18 : Mettre en conformité les protocoles médicamenteux avec les dispositions de l'article R5132-21 du CSP en veillant à ce qu'ils soient réévalués et renouvelés chaque année par un médecin.	1 mois		Prescription 18 maintenue.
Écart 19 : Un résident de la MAS reçoit ses traitements médicamenteux par apport direct de la famille, en dehors du circuit d'approvisionnement défini par la MAS,	5126-106 CSP	Prescription 19 : Mettre en place les mesures nécessaires pour que l'ensemble des médicaments détenus et administrés aux résidents	1 mois		Prescription 19 levée en raison du départ du résident le [REDACTED]

<p>qui a fait le choix d'un approvisionnement auprès de la PUI de la « [REDACTED] ».</p> <p>L'administration de médicaments provenant d'une officine de ville constitue une détention et une dispensation hors responsabilité du pharmacien désigné, en contradiction avec la réglementation.</p>		<p>proviennent exclusivement du circuit sécurisé déclaré (PUI de la « [REDACTED] »).</p>			<p>Il est cependant rappelé que tous les traitements de tous les résidents doivent être approvisionnés par la PUI.</p>
<p>Écart 20 : L'accès au local de stockage des médicaments (« infirmerie ») n'est pas limité aux seuls professionnels autorisés à préparer et administrer les médicaments, en contradiction avec la réglementation.</p>	4312-39 CSP	<p>Prescription 20 : Restreindre l'accès au local de stockage des médicaments aux seuls professionnels autorisés à la préparation et à l'administration des médicaments, conformément à la réglementation.</p> <p>Transmettre tous éléments de preuve à l'ARS.</p>	Immédiat		<p>Prescription 20 maintenue dans l'attente de la transmission de la preuve d'effectivité (badge, ouverture codée, etc.).</p>
<p>Écart 21 : L'absence d'identification claire et de rangement des dispositifs doseurs avec le médicament correspondant constitue une source de confusion et expose à un risque d'erreur médicamenteuse.</p>	L311-3 CASF R4311-2 CSP	<p>Prescription 21 : Assurer un rangement sécurisé des dispositifs doseurs en les conservant avec le médicament correspondant afin de prévenir tout risque d'erreur.</p>	Immédiat		<p>Prescription 21 levée.</p>
<p>Écart 22 : Absence de convention conclue entre les professionnels de santé libéraux intervenants auprès des résidents.</p>	D344-5-15 CASF	<p>Prescription 22 : Conclure une convention avec chaque professionnel de santé libéral intervenant auprès des résidents, matérialisant leur engagement à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ainsi qu'à adapter leurs modalités d'intervention afin de garantir la qualité des prestations.</p>	1 mois		<p>Prescription 22 maintenue.</p>

Remarque majeure	Rappel de la réglementation	Mesure et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
<p>Remarque majeure 1 : La fragilité et l'instabilité des équipes soignantes et éducatives dans un état d'incomplétude pluridisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggrave l'exposition des salariés à des risques professionnels (violence, etc.), • accroît les risques de maltraitance dans la prise en charge de la population accueillie, • accroît les difficultés de recrutement (établissement non attractif). 	<p>Charte des droits et libertés de la personne accueillie L311-3, D344-5-10 à 13 CASF</p>	<p><u>Cf. Prescription 6</u></p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription levée. L'association doit poser la réflexion de la mise en place d'un pool de remplaçants « formés à la PEC TSA » interne à l'USSAP, évitant les recours aux CDD non formés.</p>

Remarque	Recommandation - Mesure attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 1 : Un résident est accueilli à la MAS alors que la notification CDAPH retrouvée dans son dossier mentionne une orientation FAM.	Recommandation 1 : Les profils des résidents doivent correspondre à l'autorisation délivrée pour l'établissement.	Immédiat			Recommandation 1 levée.
Remarque 2 : La date exacte de sortie définitive du résident en 2025 est absente du registre manuel des « entrées et sorties ».	Recommandation 2 : Maintenir à jour le registre des « entrées et sorties » en faisant preuve de plus de rigueur sur les dates.	Immédiat			Recommandation 2 levée.
Remarque 3 : Le projet d'établissement (PE) présente des informations en nommant l'établissement « MAS Le Razès » (titre) ou « MAS d'Alaigne ».	Recommandation 3 : Présenter les informations de façon homogène dans le PE afin de garantir sa compréhension par le lecteur.	1 mois			Recommandation 3 maintenue.
Remarque 4 : Le PE n'est pas connu de l'ensemble des salariés de l'établissement.	Recommandation 4 : Diffuser et présenter le PE auprès de l'ensemble des équipes et veiller à son appropriation afin de favoriser une culture commune et un positionnement professionnel cohérent avec les valeurs et orientations définies (cf. « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement » ANESM – 2018).	3 mois			Recommandation 4 maintenue. La convention d'appui de la société [REDACTED] stipule 10 jours de formation en 2021 et 2022. Ce document ne répond pas à la recommandation et il est totalement obsolète au regard des dates.
Remarque 5 : L'organigramme remis ne reflète pas la réalité et contient un lien fonctionnel impossible de l'agent administratif vers les médecins, la psychologue et les soignants.	Recommandation 5 : Transmettre à l'ARS un organigramme mis à jour.	Immédiat			Recommandation 5 levée.
Remarque 6 : L'organisation de la continuité de direction et des astreintes ne fait pas l'objet d'un document explicatif de type procédure.	Recommandation 6 : Dans le cadre de la démarche qualité, compléter la documentation « qualité » par une procédure décrivant la continuité de direction et des astreintes.	1 mois			Recommandation 6 maintenue.

<p>Remarque 7 : La démarche qualité constatée par la mission n'a pas atteint le niveau de maturité d'un système qualité et l'établissement n'a pas désigné de référent qualité.</p>	<p>Recommandation 7 : Poursuivre la démarche qualité en référençant dans la documentation qualité toutes les procédures et protocoles restant à rédiger et désigner un référent qualité au sein de l'établissement.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 7 maintenue.</p>
<p>Remarque 8 : Absence d'affichage accessible à tous publics des résultats de l'enquête annuelle de satisfaction des familles et représentants légaux.</p>	<p>Recommandation 8 : Disposer les résultats de l'enquête de satisfaction annuelle des familles et représentants légaux de façon visible dans un tableau d'affichage accessible à tous les publics.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 8 levée.</p>
<p>Remarque 9 : Aucun dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des personnes accueillies n'a été porté à la connaissance de la mission.</p>	<p>Recommandation 9 : Engager un groupe de travail afin d'élaborer un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des personnes accueillies.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 9 maintenue. L'existence de la procédure est bien notée mais il manque des preuves d'opérationnalité de celle-ci.</p>
<p>Remarque 10 : La mission n'a pas d'élément permettant de garantir que le minimum légal d'un entretien professionnel (EP) bisannuel est respecté.</p>	<p>Recommandation 10 : Rattraper les quelques retards subsistant dans la conduite de l'EP bisannuel. Transmettre à l'ARS le calendrier des prochains EP.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 10 levée.</p>
<p>Remarque 11 : Tous les salariés ne disposent pas d'une fiche de poste ou de tâches. De plus, la fiche de poste unique « AES-ASD-AMP » entraîne potentiellement la confusion sur les compétences non-réciproques entre ces différents diplômes.</p>	<p>Recommandation 11 : Élaborer une fiche de poste et/ou de tâche précise pour chaque salarié pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter le management, • Assurer une plus grande transparence organisationnelle, • Éviter la confusion entre les différentes compétences. 	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 11 maintenue dans l'attente de la transmission d'une preuve de remise de ces fiches de poste aux salariés.</p>
<p>Remarque 12 : Les éléments transmis à la mission ne lui permettent pas d'apprécier le niveau d'élaboration du DUERP et du PAPRI Pact de la MAS du Razès.</p>	<p>Recommandation 12 : Transmettre à l'ARS l'intégralité du DUERP et du PAPRI Pact en vigueur relatif à la MAS du Razès.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 12 maintenue.</p>

<p>Remarque 13 : L'établissement n'observe pas les RBPP « Autisme » concernant l'aménagement des espaces et n'est pas équipé d'un dispositif fiable de fermeture de tous les locaux.</p>	<p>Recommandation 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir à un réaménagement ou une organisation différente des espaces afin de créer des unités de vie à dimension réduite, facilitant la vie quotidienne, l'autonomie et la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies ; • Remplacer le dispositif actuel par un système d'ouverture plus fiable et adapté, garantissant un accès simple, permanent et sécurisé aux locaux. 	<p>6 mois</p> <p>2 mois</p>			<p>Recommandation 13 maintenue.</p>
<p>Remarque 14 : L'établissement dispose de documents épars concernant le PAP dont la lisibilité n'est parfois pas évidente.</p>	<p>Recommandation 14 : Prévoir un tableau dynamique unique format A3 avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noms des résidents, • Date d'entrée dans l'établissement, • Noms des référents et co-référents, • Dates des réunions de synthèses, • Contact avec les familles, • Réunion de présentation du projet, • Reprogrammations éventuelles, • Etc. <p>Le tableau peut comporter des cellules dynamiques signalant, avec des couleurs différentes, l'approche des réunions, les dépassements de délais et la nécessité de positionner une nouvelle date.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 14 maintenue.</p>
<p>Remarque 15 : Les PAP sont difficilement évaluable, notamment en l'absence de précisions dans les objectifs, la temporalité, l'identification des intervenants ainsi que des indicateurs qui permettent l'évolution et donc l'évaluation et/ou la réévaluation au besoin des actions mises en œuvre. La planification et le séquençement précis des actions à mettre en œuvre n'apparaissent pas. La planification et le séquençement précis des actions à mettre en œuvre n'apparaissent pas.</p>	<p>Recommandation 15 : Veiller à la rédaction des PAP en portant une vigilance particulière à leur précision en faisant apparaître des informations suffisamment explicites concernant le séquençement des actions, l'identification des intervenants et les indicateurs qui permettront précisément l'évaluation ou la réévaluation au besoin.</p> <p>Pour ce faire, les professionnels doivent être accompagnés en vue de l'harmonisation qualitative des PAP, notamment via l'utilisation d'objectifs de type « SMART » qui permettent un ciblage pertinent des professionnels ainsi que des</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 15 maintenue.</p>

	actions, une évaluation circonscrite et cela dans une temporalité relativement réduite.				
Remarque 16 : Du retard est pris dans la rédaction des PAP, dont un reporté depuis le mois de septembre 2024 sans date fixée.	Recommandation 16 : Respecter la programmation des PAP (cf. Recommandation 15 supra).	6 mois	████████		Recommandation 16 maintenue.
Remarque 17 : Malgré l'engagement volontariste de l'établissement dans l'acquisition de la communication, la communication alternative et améliorée (CAA) n'est pas entièrement assimilée par les professionnels.	Recommandation 17 : Maintenir les formations des professionnels autour de la CAA en renforçant les différents moyens de communication possible permettant d'anticiper les actions à venir (tableaux pictos, activités, synoptes, etc.).	6 mois	████████		Recommandation 17 maintenue.
Remarque 18 : Aucune action de formation collective n'est réellement mise en œuvre afin de promouvoir la place et le respect de la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes accueillies.	Recommandation 18 : Accentuer les actions permettant de garantir la place et le respect de la vie intime, affective, relationnelle et sexuelle des personnes accueillies : <ul style="list-style-type: none"> • Dans le contrat de séjour, le RF, le PE ou de service, le PAP ; • À travers la formation et la sensibilisation des professionnels ; • En nommant un référent ressource au sein des professionnels de l'établissement ; • En s'appuyant sur des partenaires spécialisés comme le centre de ressources « ██████████ » et/ou en s'inscrivant dans le cadre du projet « Handigynéco » ; • En mettant en place un groupe d'expression pour les personnes concernées et le professionnels ; • En créant un agencement des lieux de vie respectueux de l'intimité des personnes accompagnées ; • En prévoyant une procédure de protection et de prise en charge si l'une des personnes accompagnées fait l'objet de violences mais aussi vis-à-vis de l'auteur des violences, quel qu'il soit. 	6 mois	████████		Recommandation 18 maintenue.
Remarque 19 : L'accessibilité des procédures relatives à la PECM est assurée mais leur diffusion et leur	Recommandation 19 : Mettre en place une action de communication et de sensibilisation afin d'informer l'ensemble du personnel IDE de	1 mois	████████		Recommandation 19 maintenue.

appropriation par le personnel ne sont pas effectives.	l'existence des procédures relatives au circuit du médicament et s'assurer qu'il en prend connaissance.				
Remarque 20 : Il a été constaté que pour certains médicaments y compris les médicaments multidoses (notamment les solutions buvables), l'identité du résident n'était pas systématiquement indiquée sur le conditionnement.	Recommandation 20 : Veiller à ce que l'identité du résident soit clairement indiquée sur tous les conditionnements, y compris pour les médicaments multidoses, afin de prévenir les risques liés à l'identitovigilance.	Immédiat			<u>Recommandation 20 levée.</u>
Remarque 21 : L'ensemble des partenariats de santé devant intervenir dans le parcours de soins des résidents pour garantir la continuité de prise en charge n'est pas formalisé.	Recommandation 21 : S'assurer, au moyen de partenariats formalisés, de positionner la MAS dans l'organisation territoriale des soins afin de garantir aux résidents des parcours de soins coordonnés sans rupture de continuité, comme le prévoit la charte Romain Jacob signée par l'USSAP.	3 mois			<u>Recommandation 21 maintenue.</u>
Remarque 22 : Le gestionnaire n'a pas prévu de convention entre les intervenants extérieurs, associations ou éventuels bénévoles individuels, ni la vérification de leur situation judiciaire individuelle avant toute intervention de leur part auprès du public vulnérable accueilli.	Recommandation 22 : Transmettre les conventions régissant les interventions des associations ou éventuels bénévoles au sein de la MAS ainsi que la preuve de vérification de la compatibilité judiciaire à intervenir auprès de publics vulnérables.	1 mois			<u>Recommandation 22 maintenue.</u>