

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

Affaire suivie par :

Courriel :

Téléphone :

Réf. Interne : DUAIQ-PIC/2025-241

Date : vendredi 12 décembre 2025

N° PRIC : MS_2025_11_CS_04

Monsieur le Président
Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées
25 chemin de ronde
BP 111
11301 LIMOUX

Courrier RAR n° 1A 212 732 2274 2

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

Objet : Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Les Genêts » à Lézignan-Corbières (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 sur le site de la MAS « Les Genêts » sise 12 avenue des Genêts à Lézignan-Corbières (11200), en date des 26 et des 27 août, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 27 octobre 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 en annexe, 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.

J'attire particulièrement votre attention sur le fait que l'injonction est maintenue et sur la nécessité, compte tenu de l'état de vétusté des bâtiments, de transmettre à la Délégation départementale de l'Aude, dans le délai exigé, un plan d'actions structuré, comprenant :

- Un plan d'entretien et de maintenance des locaux, intégrant le nettoyage approfondi, la réparation du mobilier ainsi que la remise en état des peintures et des revêtements de sol ;
- Un programme pluriannuel d'investissement, incluant le projet de reconstruction de la MAS conformément aux exigences réglementaires.

La mise en œuvre rigoureuse de ces éléments, au même titre que l'ensemble des autres mesures demandées, est indispensable pour garantir un cadre de vie adapté et conforme aux attentes réglementaires.

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 nos 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 envisagées

Inspection des 26 et 27 août 2025 de la MAS « Les Genêts » à Lézignan-Corbières (11)

N° PRIC : MS_2025_11_CS_04

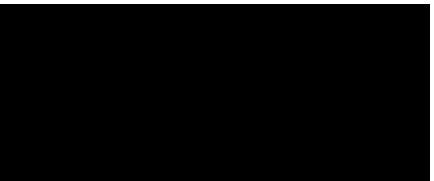
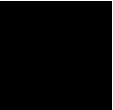
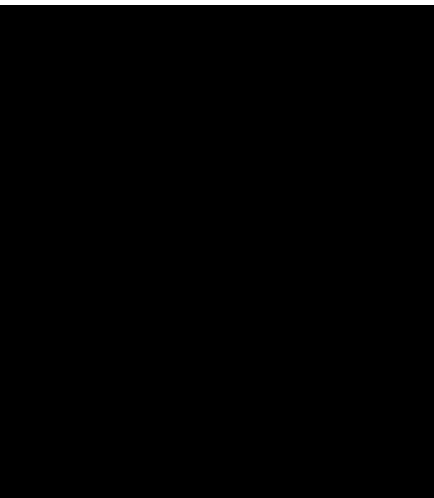

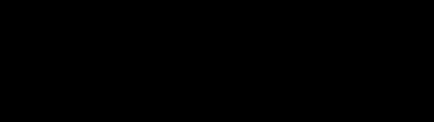

*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*





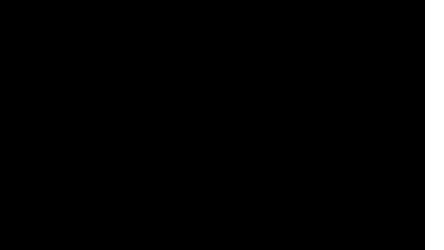



*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

Écarts	Référence Règlementaire	Mesures (injonction, prescription) et mesures correctrices attendues	Délais 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 : La mission a constaté la présence d'usagers orientés en EAM au sein de la MAS et l'accueil de personnes qui ne présentaient pas de situation de polyhandicap.</p>	L331-2, R331-5 CASF	<p>Prescription 1 : Veiller à ce que les personnes accueillies correspondent strictement aux dispositions de l'arrêté d'autorisation modificatif du 29 octobre 2021, à savoir l'accueil de personnes en situation de polyhandicap disposant d'une orientation en MAS délivrée par la MDPH.</p>	Prochaine admission			Prescription 1 levée.
<p>Écart 2 : Le registre des entrées et sorties de l'établissement est coté et paraphé par le maire de la commune mais n'est pas tenu à jour.</p>	L331-2, R331-5 CASF	<p>Prescription 2 : Mettre à jour le registre des entrées et sorties, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. Ce registre devra être tenu de manière continue, fidèle et actualisée afin de garantir la traçabilité des admissions et sorties des usagers.</p>	1 mois			Prescription 2 levée.
<p>Écart 3 : Le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour visé ne prévoient pas de condition de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.</p>	R311-35 CASF	<p>Prescription 3 : Mentionner dans le règlement de fonctionnement les modalités de rétablissement des prestations en cas d'interruption.</p>	3 mois			Prescription 3 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
<p>Écart 4 : Le projet d'établissement ne prévoit pas de procédure de transmission permettant la cohérence de l'accompagnement en cas de réorientation des personnes.</p>	D344-5-5 CASF	<p>Prescription 4 : Prévoir des modalités de transmission pour permettre la cohérence et la continuité de l'accompagnement en cas de réorientation des personnes.</p>	6 mois			Prescription 4 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
<p>Écart 5 : Les noms des structures concernées ne sont pas mentionnés dans le règlement</p>	D311-20, D311-32-1 CASF	<p>Prescription 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indiquer sur le RI le nom de la structure concernée, • Afficher le dernier CR du CVS, 	1 mois			Prescription 5 levée.

intérieur (RI) du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Le compte rendu (CR) de la dernière réunion du CVS n'est pas affiché.		<ul style="list-style-type: none"> Transmettre tous les CR de réunions du CVS comme le prévoit le CASF. 			
Écart 6 : Les résultats de l'enquête de satisfaction des usagers n'ont pas été présentés au CVS et ne sont pas affichés au sein de l'établissement.	D311-15, D311-32-1 CASF	<p>Prescription 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Présenter systématiquement les résultats de l'enquête de satisfaction au CVS, pour permettre l'expression et l'avis des représentants des usagers, Afficher ces résultats dans des lieux accessibles de la MAS (hall d'entrée, panneaux d'information, salles communes), afin de garantir la transparence et le droit à l'information des usagers et de leurs familles. 	1 mois		Prescription 6 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Écart 7 : L'établissement n'a pas affiché l'ensemble des documents obligatoires prévus par le CASF.	R311-34, L311-4, L311-5, D311-32-1 CASF	Prescription 7 : Afficher l'ensemble des documents à affichage obligatoire.	Immédiat		Prescription 7 maintenue jusqu'à l'affichage du règlement de fonctionnement.
Écart 8 : Des événements indésirables graves (EIGS), dysfonctionnements graves et événements au sein de la MAS n'ont pas fait l'objet de déclaration auprès de l'ARS.	R1413-68, R1413-69 CSP L331-8-1 CASF	Prescription 8 : Se mettre en conformité concernant les obligations de déclaration de dysfonctionnements et événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).	Immédiat		Prescription 8 levée.
Écart 9 : La mission a constaté l'absence d'un orthophoniste, d'un kinésithérapeute, d'un professeur d'éducation physique ainsi que le départ prochain de la psychomotricienne, conduisant à	D344-5-13 CASF	Prescription 9 : Mobiliser les moyens et ressources nécessaires afin de procéder au recrutement des professionnels manquants pour compléter les équipes pour une prise en charge qualitative des besoins des personnes accueillies.	Immédiat		Prescription 9 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.

<p>une équipe de rééducation incomplète. Cette situation compromet la qualité de la prise en charge des résidents.</p>						
<p>Écart 10 : Les dossiers des personnels en CDI ne sont pas accessibles dans l'établissement, ceux-ci étant conservés au siège du gestionnaire. Cette organisation n'a pas permis à la mission de vérifier sur place les qualifications, compétences et aptitudes des personnels permanents.</p>	<p>L313-13-2 CASF</p>	<p>Prescription 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition sur site, de façon systématique et actualisée, l'ensemble des dossiers administratifs des personnels, quel que soit leur statut contractuel, afin de permettre les contrôles réglementaires, • Transmettre à l'ARS les justificatifs de diplômes de tout le personnel dont la fonction exige un diplôme. 	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 10 levée.</p>
<p>Écart 11 : Des bulletins extraits de casier judiciaire ont été retrouvés dans certains dossiers administratifs de salariés. Toutefois, le gestionnaire n'a pas présenté à la mission un dispositif de suivi permettant de justifier de la demande des bulletins extraits du casier et cela en amont du recrutement puis à intervalles réguliers à l'issue du recrutement.</p>	<p>L133-6 CASF</p>	<p>Prescription 11 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas conserver l'extrait du casier judiciaire dans le dossier des personnels, • Mettre en place une procédure formalisée de vérification du bulletin n° 3 extrait du casier judiciaire pour l'ensemble des personnels, dès le recrutement et de façon régulière par la suite, conformément aux exigences réglementaires, • Transmettre à l'ARS tout justificatif permettant de vérifier cette démarche. 	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 11 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>

<p>Écart 12 : Le projet d'établissement (PE) mentionne l'accueil de nouveaux personnels, qu'il s'agisse de stagiaires, de recrutés ou d'intérimaires, et décrit de manière générale leur participation aux activités et leur intégration via le plan de formation et les temps collectifs. Toutefois, sur le terrain, il n'existe pas d'organisation réellement formalisée pour accompagner l'intégration des nouveaux arrivants.</p>	<p>D344-5-14 CASF</p>	<p>Prescription 12 : Formaliser une procédure d'intégration des nouveaux personnels (stagiaires, recrutés, intérimaires) afin de garantir une prise de fonction dans des conditions adaptées. Cette procédure pourrait prévoir la désignation d'un référent ou d'un tuteur, un accès progressif aux outils numériques et documentaires indispensables, ainsi qu'un parcours d'accueil structuré.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription 12 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>
<p>Écart 13 : L'état de vétusté des bâtiments, conjugué à un entretien insuffisant des locaux, nuit à la qualité du cadre de vie des résidents.</p>	<p>L311-3 CASF</p>	<p>Injonction 1 : Transmettre à l'ARS un plan d'actions comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un plan d'entretien et de maintenance des locaux, incluant le nettoyage approfondi, la réparation du mobilier ainsi que la remise en état des peintures et des sols, • Un programme pluriannuel d'investissement comprenant le projet de reconstruction de la MAS comme le prévoit l'art. R314-20 du CASF. 	<p>1 mois</p>			<p>Injonction 1 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>
<p>Écart 14 : Le contrat de séjour transmis par l'établissement ne prend pas en compte l'ensemble des exigences réglementaires relatives à la personnalisation de l'accompagnement et à la participation de la personne accueillie.</p>	<p>L.311-4, D.344-5-4 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie</p>	<p>Prescription 13 : Compléter le contrat de séjour afin de le mettre en conformité avec les dispositions réglementaires, en intégrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prise en compte de la situation spécifique de la personne et de son projet de vie, • La définition d'objectifs et d'actions de soutien médico-social et éducatif adaptés, • Les modalités garantissant sa participation effective aux réunions et décisions la concernant. 	<p>3 mois</p>			<p>Prescription 13 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>

<p>Écart 15 : En l'absence de médecin en charge de la coordination des soins au sein de la MAS, aucun projet de soins individuel (PSI) type n'est formalisé.</p>	<p>L311-3, D344-5-2°, 3°, 4° et 5° CASF L1110-4 CSP Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 2 et 3</p>	<p>Prescription 14 : Mettre en place un dispositif de coordination médicale garantissant l'élaboration et la formalisation d'un PSI pour chaque personne accueillie. Ce projet, établi sous la responsabilité d'un médecin désigné, doit être adapté à la situation de la personne et assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Prescription 14 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>
<p>Écart 16 : Le droit à une prise en charge individualisée et adaptée n'est pas pleinement respecté car l'expression des besoins n'est ni recherchée de manière systématique ni facilitée par des méthodes adaptées. Le respect de la dignité, de l'intégrité et du consentement du résident n'est pas garanti. Insuffisance de formalisation au regard de la prise en compte de la vie affective et intime.</p>	<p>L311-3 3°, D344-5-2 CASF</p>	<p>Prescription 15 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des moyens adaptés (dont la communication alternative et améliorée (CAA)) pour recueillir systématiquement l'expression des besoins des résidents, • Garantir le respect de la dignité, de l'intégrité et du consentement dans tous les accompagnements, • Formaliser dans le PAP la prise en compte de la vie affective et intime, • Sensibiliser et former les professionnels à ces enjeux. 	<p>6 mois</p>			<p>Prescription 15 levée.</p>
<p>Écart 17 : L'absence d'un dispositif d'évaluation formalisé par indicateurs limite la capacité de l'établissement à mesurer l'efficacité des accompagnements et à adapter les objectifs de manière dynamique.</p>	<p>D344-5-4 3° CASF</p>	<p>Prescription 16 : Mettre en place un dispositif d'évaluation formalisé, fondé sur des indicateurs, afin de mesurer l'efficacité des accompagnements et de redéfinir les objectifs du PAP de manière adaptée et évolutive.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription 16 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>
<p>Écart 18 : Le gestionnaire n'a pas recruté de médecin responsable de la coordination des soins au sein de l'établissement et avec les praticiens extérieurs.</p>	<p>D344-5-5, 5° CASF</p>	<p>Prescription 17 : Veiller au recrutement d'un médecin responsable de la coordination des soins.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Prescription 17 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>

Écart 19 : L'absence de transmissions organisées le soir compromet la continuité et la qualité de l'accompagnement, ainsi que la sécurité des résidents.	D344-5-4 3° CASF	Prescription 18 : Organiser un temps formalisé de transmissions entre les équipes de jour et de nuit, y compris le soir, afin de garantir la continuité des soins et de l'accompagnement.	Immédiat		Prescription 18 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Écart 20 : Les documents demandés par la mission pour évaluer la structuration, la qualité et le temps de communication entre membres de l'équipe pluridisciplinaire et l'équipe de pilotage ne lui ont pas été transmis.	L313-13-2 CASF	Prescription 19 : Transmettre à l'ARS les CR des réunions 2023 et 2024 permettant d'évaluer l'effectivité, la qualité et le temps consacré à la communication entre membres de l'équipe pluridisciplinaire et l'équipe de pilotage.	Immédiat		Prescription 19 levée.
Écart 21 : Le gestionnaire n'a pas organisé de réunions d'informations, échanges, communication, informations relatives à des thématiques d'acculturation de la prise en charge pluridisciplinaire des personnes polyhandicapées.	D344-5-10, 2° CASF	Prescription 20 : S'attacher à organiser des temps d'acculturation aux différentes composantes de la prise en charge globale et coordonnée des personnes polyhandicapées et porteuses de TSA.	6 mois		Prescription 20 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Écart 22 : Le stockage des dossiers médicaux ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents.	L311-3 CASF L1110-4 CSP	Prescription 21 : Revoir les conditions de stockage des dossiers des personnes accueillies afin de garantir la confidentialité des informations, dans le respect de la réglementation.	3 mois		Prescription 21 levée.
Écart 23 : Le gestionnaire ne s'est pas assuré de l'appropriation par les professionnels des recommandations de bonnes pratiques institutionnelles et médico-soignantes adaptées à la gestion des risques de la population accueillie.	D344-5-10, 2° CASF	Prescription 22 : Organiser, avec l'aide d'un médecin responsable de la coordination des soins, l'appropriation de bonnes pratiques professionnelles institutionnelles médico-soignantes dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la bienveillance.	6 mois		Prescription 22 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Écart 24 : L'accès aux médicaments du chariot de distribution n'est pas sécurisé.	R4312-39 CSP	Prescription 23 : Utiliser un chariot de distribution des médicaments sécurisé.	1 mois		Prescription 23 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Écart 25 : Les conditions de stockage des déchets d'activités de	R1335-7 du CSP	Prescription 24 : Mettre en place des conditions de stockage satisfaisantes des	3 mois		Prescription 24 levée.

soins à risque infectieux (DASRI) ne respectent pas la réglementation.	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques	DASRI dans le respect de la réglementation.			
Écart 26 : Il n'a pas été procédé à l'identification exhaustive des partenaires intervenant en interne et en externe pour assurer la fluidité et la coordination des parcours de santé des résidents, ni à la formalisation de conventions de partenariat correspondantes.	L311-8, L312-7, D311-38, D344-5-5, D344-5-15 CASF	Prescription 25 : Procéder à l'identification complète des filières et professionnels de santé intervenant dans les parcours de santé des résidents et formaliser avec eux des conventions de partenariat, afin de sécuriser la continuité et la qualité des prises en charge.	6 mois		Prescription 25 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Écart 27 : En l'absence de convention avec un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement ne respecte pas les dispositions réglementaires.	D344-5-6 CASF	Prescription 26 : Signer une convention avec un établissement de santé pour définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences.	6 mois		Prescription 26 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.

Remarques	Recommandations - Mesures attendues	Délais 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 1 : L'établissement n'a pas associé le personnel à l'élaboration du nouveau PE.</p>	<p>Recommandation 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les outils permettant d'associer les professionnels au renouvellement du projet d'établissement tel que prévu par les RBPP ANESM de mai 2010. Profiter du renouvellement en cours pour intégrer les évolutions du projet d'établissement prévues au Décret N°2024-166 du 29.02.2024. 	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 1 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>
<p>Remarque 2 : L'absence d'organigramme, conforme à la réalité, ne permet pas aux professionnels d'appréhender clairement leur positionnement et leurs missions au sein de l'établissement.</p>	<p>Recommandation 2 : Élaborer un organigramme à jour et précisant les liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de l'établissement.</p>	<p>1 mois</p>			<p>Recommandation 2 levée.</p>
<p>Remarque 3 : L'absence de subdélégation auprès d'un personnel de la MAS, alors que la directrice opérationnelle et le directeur de la MAS assument la responsabilité d'autres établissements, compromet la continuité effective de la fonction de direction au sein de l'établissement.</p>	<p>Recommandation 3 : Mettre en place une subdélégation formelle et explicite des pouvoirs du directeur vers l'adjointe de direction, adaptée à ses missions. Cette délégation de signature permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> D'assurer la continuité de la fonction de direction en cas d'absence ou d'empêchement du directeur, De sécuriser juridiquement les actes signés au nom de l'établissement, De renforcer l'efficacité opérationnelle au niveau local. 	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 3 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>
<p>Remarque 4 : Malgré les modalités prévues dans le livret d'accueil, aucun dispositif de recueil n'était effectivement disponible lors du constat initial et aucun processus formalisé d'analyse des réclamations n'a été</p>	<p>Recommandation 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rédiger un processus d'analyse des réclamations et doléances des usagers, Informers les résidents et les familles de la mise à disposition d'un classeur de recueil des réclamations et doléances, 	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 4 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>

<p>communiqué, limitant la traçabilité et le suivi des réclamations des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rappeler aux résidents et aux familles les divers dispositifs de recueil des réclamations à leur disposition. 				
<p>Remarque 5 : L'organisation du comité social d'établissement (CSE) ne correspond pas aux attendus de l'art. L2313 du Code du travail.</p>	<p>Recommandation 5 : Mettre en place un CSE d'établissement en sus du CSE central, conformément à l'art. L2313 du Code du travail afin d'assurer la représentation de tous les salariés.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 5 levée.</p>
<p>Remarque 6 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure claire de gestion des événements indésirables graves (EIG) et événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), intégrant les obligations de signalement applicables aux structures sociales et médico-sociales, reprenant les définitions prévues par le CASF et le CSP, et rédigée de façon cohérente et non contradictoire.</p>	<p>Recommandation 6 : Corriger la procédure de signalement et gestion des EI et EIG afin qu'elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intègre les obligations de signalements en structures sociales et médico-sociales, • Reprenne les définitions des différents types d'événements telles que prévues par le CASF et le CSP. • Soit claire et non contradictoire. 	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 6 levée.</p>
<p>Remarque 7 : Les modalités de communication auprès des usagers et des familles ne sont pas détaillées, le retour d'expérience n'est pas formalisé, la diffusion du document n'est pas</p>	<p>Recommandation 7 : Compléter le plan bleu de l'établissement afin d'y intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un protocole clair de communication avec les usagers et les familles, 	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 7 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>

<p>suffisamment précisée, l'articulation avec le document unique d'évaluation des risques demeure incomplète et la procédure de signalement des EIG et EIGS n'est pas intégrée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une méthodologie de retour d'expérience, • Des modalités explicites de diffusion du document, • Un rattachement systématique au DUERP, • La procédure réglementaire de signalement des EIG et EIGS. 				
<p>Remarque 8 : Absence de remise des fiches de poste et de tâches aux professionnels, entraînant un risque de flou dans les responsabilités et de glissements de missions.</p>	<p>Recommandation 8 : Mettre en place une diffusion systématique des fiches de poste et de tâches à l'ensemble des professionnels afin de clarifier les missions de chacun et de garantir une organisation conforme aux fonctions prévues.</p>	<p>1 mois</p>			<p>Recommandation 8 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>
<p>Remarque 9 : Si le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de la MAS présente un inventaire structuré des risques et une hiérarchisation claire, le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRI Pact) ne permet pas d'apprécier l'efficacité réelle des actions</p>	<p>Recommandation 9 : Compléter systématiquement le PAPRI Pact par un bilan des actions réalisées et une évaluation de leurs résultats afin d'assurer la traçabilité des mesures de prévention, d'en mesurer l'efficacité et de renforcer la cohérence entre le DUERP et le PAPRI Pact.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 9 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>

mises en œuvre, faute de suivi renseigné sur les résultats obtenus.					
Remarque 10 : La mission relève l'absence de date et de mention de version sur le livret d'accueil, ce qui ne permet pas d'attester de sa mise à jour régulière.	Recommandation 10 : Indiquer sur le livret d'accueil la date de publication et/ou la version en vigueur afin de : <ul style="list-style-type: none"> Garantir la traçabilité des mises à jour, Sécuriser l'information délivrée aux usagers et à leurs familles. 	1 mois			Recommandation 10 levée.
Remarque 11 : La coexistence de plusieurs supports d'information (logiciels et dossiers papier) peut générer une déperdition d'informations, créer de la confusion et, par conséquent, altérer la qualité et la sécurité de l'accompagnement des résidents.	Recommandation 11 : Rationaliser les supports d'information et finaliser la bascule vers un logiciel unique afin d'assurer la fiabilité de la traçabilité, d'éviter les redondances et de sécuriser la continuité des soins.	6 mois			Recommandation 11 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Remarque 12 : Le manque de formation institutionnelle du personnel de la MAS au logiciel de soins utilisé dans l'établissement ne permet pas aux professionnels d'utiliser pleinement et de manière adéquate cet outil informatique.	Recommandation 12 : Mettre en place des sessions régulières et institutionnalisées de formation du personnel (y compris les nouveaux arrivants) aux logiciels utilisés dans l'établissement, notamment le logiciel de soin.	6 mois			Recommandation 12 maintenue jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
Remarque 13 : En ne systématisant pas la réévaluation et sa traçabilité, le protocole de contention existant ne respecte pas les 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).	Recommandation 13 : Systématiser et tracer la réévaluation des contentions dans l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.	Immédiat			Recommandation 13 levée.
Remarque 14 : L'insuffisante connaissance des procédures d'hygiène par le personnel de l'établissement ne permet pas leur utilisation optimale.	Recommandation 14 : Mettre en place une organisation permettant d'assurer une diffusion et une communication suffisante auprès du personnel en matière de procédure hygiène.	Immédiat			Recommandation 14 levée.

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