

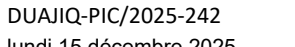


Service émetteur : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de
l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle « Inspections-Contrôles »
Affaire suivie par : 
Courriel : 
Téléphone : 
Réf. Interne : DUAJIQ-PIC/2025-242
Date : lundi 15 décembre 2025
N° PRIC : MS_2025_11_CS_02

Madame la Présidente
AFDAIM ADAPEI 11
ZI Estagnol
Rue Nicolas Cugnot
11000 CARCASSONNE

Courrier RAR n° 1A 212 732 3218 9

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

Objet : Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de Malleville à Pennautier (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

Madame la Présidente,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de la MAS de Malleville, sise 1 rue Luis Ocaña à Pennautier (11610), en date des 29 et 30 juillet 2025, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 21 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 par courriel en date du 22 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 du présent courrier.

Les premiers écarts révélaient la nécessité de reprendre les documents institutionnels et protocoles pour que ces derniers soient toujours actualisés et que tous les professionnels se les approprient, et vous avez fixé des échéances sur le premier semestre 2026.

Je prends bonne note de l'engagement de l'établissement sur la réorganisation de la prise en charge, tant sur le volet soins que sur le volet socio-éducatif (prescription 17).

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.

.../...

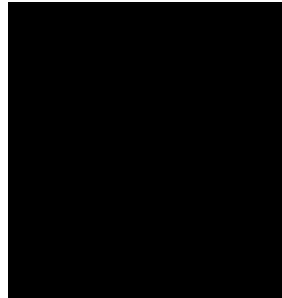
Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

Annexe à la lettre de clôture

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de la MAS de Malleville à Pennautier (11)

29 et 30 juillet 2025

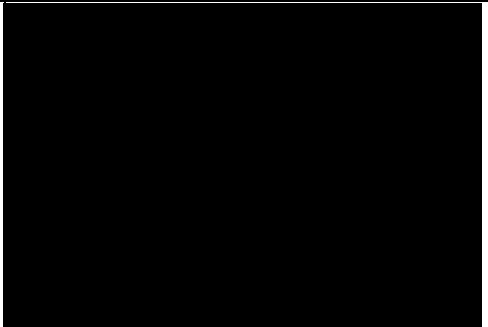
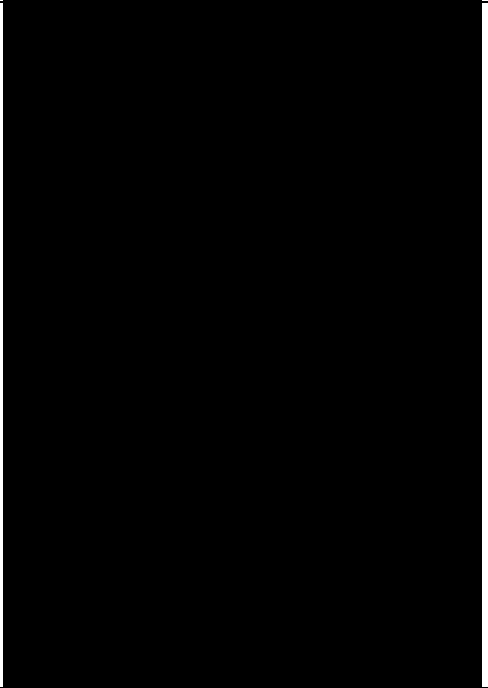


N° PRIC : MS_2025_11_CS_02

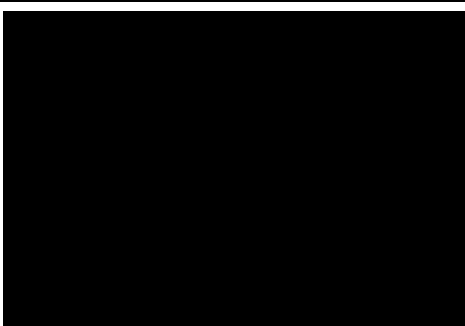
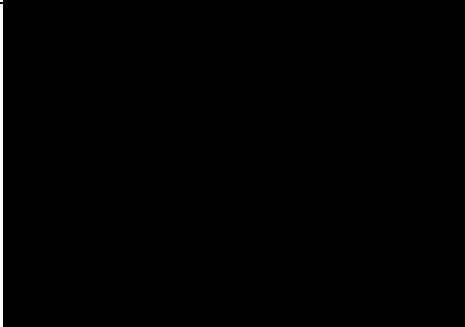



*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*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 Réglementaire	Nature de la mesure attendue (prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision de l'ARS
<p>Écart 1 : L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide et conforme à la réglementation.</p>	L311-7, R311-33 à R.311-37 CASF	<p>Prescription 1 : Établir un règlement de fonctionnement en conformité avec la réglementation. Veiller à prendre en compte les dernières évolutions réglementaires (L311-5-2 CASF)</p>	6 mois		Prescription 1 maintenue.
<p>Écart 2 : le projet d'établissement ne renseigne pas sur les modalités de mise en place et les missions de référent pour chaque personne accompagnée.</p>	D344-5-5 CASF	<p>Prescription 2 : Préciser les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée, chargé notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement.</p>	6 mois		Prescription 2 maintenue.
<p>Écart 3 : Le projet d'établissement, sur la dimension soin, n'est pas conforme à l'attendu réglementaire.</p>	D344-5-5 CASF	<p>Prescription 3 : Élaborer, en concertation avec les professionnels du soin, médicaux et paramédicaux de la structure, un projet d'établissement qui présente dans son contenu, avec formalisme, l'organisation, la coordination de ces soins et le projet de soins de la structure.</p>	6 mois		Prescription 3 maintenue.
<p>Écart 4 : Le plan bleu ne comporte pas tous les éléments réglementairement prévus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédures de gestion des événements précisant, le cas échéant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ; • Plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles ; 	L.311-8, R 311-38-1 (V) CASF Arrêté du 12 février 2024 fixant la liste des ESMS mentionnée à l'article L311-8 du CASF	<p>Prescription 4 : Intégrer dans le projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et comportant l'ensemble des éléments réglementaires</p>	6 mois		Prescription 4 maintenue. Le plan bleu devra être intégré au projet d'établissement.

<ul style="list-style-type: none"> Modalités d'évaluation, notamment sur la base d'exercices. <p>Le plan bleu n'est pas intégré au projet d'établissement.</p>					
<p>Écart 5 : Les EIGS ne sont pas déclarés sans délai aux autorités compétentes par la structure.</p>	<p>L331-8-1 CASF L1413-14 CSP</p>	<p>Prescription 5 : Déclarer sans délai tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, en particulier les EIGS, à l'autorité compétente.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 5 levée. L'établissement et les équipes de soins et socio-éducatives doivent, de manière systématique, qualifier les EI/dysfonctionnements et identifier les EIGS.</p>
<p>Écart 6 : Le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire permettant la réalisation de chaque accompagnement individualisé, défini dans les contrats de séjour, ne permet pas de répondre pleinement aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées.</p>	<p>D344-5-2, D344-5-13 2° CASF</p>	<p>Prescription 6 : Proposer sur la structure des temps de prise en charge de psychiatre et paramédicaux, plus particulièrement de kinésithérapie, d'orthophonie et de diététique suffisants pour pouvoir permettre de répondre aux besoins de soins des personnes accueillies.</p>	<p>12 mois</p>		<p>Prescription 6 maintenue. L'équipe doit être constituée et adaptée pour répondre aux besoins des personnes accompagnées (art. D344-5-13 2° CASF). Engager un travail par rapport au temps de psychiatre nécessaire au regard des besoins du suivi régulier des prescriptions.</p>
<p>Écart 7 : L'absence d'organisation de la coordination des soins, sous la responsabilité d'un médecin, ne permet pas de garantir la qualité des soins.</p>	<p>D344-5-3 et 5-5 CASF</p>	<p>Prescription 7 : Mettre en œuvre un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins.</p>	<p>12 mois et intervention d'un médecin bénévole dans l'attente d'un recrutement effectif</p>		<p>Prescription 7 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées. Elles devront faire l'objet d'une information régulière à la DD 11 quant à ces résultats.</p>

<p>Écart 8 : Les professionnels libéraux, exerçant au sein de la MAS n'ont pas signé l'engagement à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement et à adapter leurs modalités d'intervention afin de garantir la qualité de leurs prestations.</p>	<p>D344-5-15 CASF</p>	<p>Prescription 8 : Faire signer aux professionnels libéraux exerçant au sein de la MAS l'engagement à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement et leur faire adapter leurs modalités d'intervention aux besoins des personnes accueillies.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Prescription 8 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées et de la date de mise en œuvre annoncée.</p>
<p>Écart 9 : Les dossiers des personnes accueillies consultés ne contiennent pas le contrat de séjour et le projet individualisé d'accompagnement.</p>	<p>L.311-4, L 342-1 et 2, D 344-5-4 CASF</p>	<p>Prescription 9 : Mettre en conformité l'ensemble des dossiers administratifs des personnes accueillies et veiller notamment à ce que chaque personne dispose d'un projet personnalisé, formalisé et accessible.</p>	<p>12 mois</p>		<p>Prescription 9 maintenue. jusqu'à l'aboutissement du processus. Il est pris acte des démarches engagées et de la période effective de mise en œuvre annoncée.</p>
<p>Écart 10 : Le défaut de traçabilité des prises en charges réalisées par les kinésithérapeutes intervenant sur la structure n'est pas conforme à la réglementation.</p>	<p>R4321-2 CSP</p>	<p>Prescription 10 : Mettre en place la traçabilité des bilans d'évaluation et des prises en charge réalisés par les kinésithérapeutes dans le dossier de soins infirmiers.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Prescription 10 maintenue. L'établissement doit garantir que la traçabilité des évaluations et le suivi des prises en charges par les kinésithérapeutes dans  soient effectifs dès janvier 2026.</p>


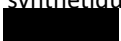


<p>Écart 11 : Les personnes accompagnées en accueil de jour ne disposent pas d'un dossier de liaison d'urgence (DLU), ce qui contrevient à la réglementation.</p>	<p>D344-5-8 CASF</p>	<p>Prescription 11 : Établir pour chaque personne accompagnée, en accueil de jour comme à l'internat, un DLU structuré et actualisé.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription 11 maintenue.</p>
<p>Écart 12 : Le défaut de sécurisation de l'accès aux données médicales et de soins des usagers n'est pas conforme aux dispositions législatives.</p>	<p>L.311-3 CASF L1110-4 CSP</p>	<p>Prescription n° 12 : Sécuriser et organiser l'accès aux données médicales et de soins, réservé aux seuls professionnels du soin concernés.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Prescription 12 maintenue. L'écart et la prescription concernent l'accessibilité aux infirmeries et, dans les infirmeries, aux données médicales et de soins qui doivent être limitées aux seuls professionnels du soin autorisés et contrôlés.</p>
<p>Écart 13 : L'absence de structuration du dossier de soin en un document unique et son accessibilité non protégée n'est pas conforme à la réglementation.</p>	<p>R 4312-35 CSP L311-3 (4) CASF</p>	<p>Prescription 13 : Structurer en un document unique le dossier de soin des personnes accompagnées, regroupant l'ensemble des pièces qui doivent le composer, son accessibilité devant être sécurisée et à implémenter seulement dans </p>	<p>9 mois</p>		<p>Prescription 13 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées. L'organisation des soins doit garantir que toutes les informations utiles à la prise en charge et au suivi des soins des personnes accompagnées soient regroupées dans un dossier unique dont l'accès est sécurisé.</p>
<p>Écart 14 : L'absence de protocole ou de procédure sur la continuité des soins médicaux et paramédicaux ne permet pas d'assurer de manière permanente les soins paramédicaux correspondant à la vocation de l'établissement.</p>	<p>R344-2 point 2 CASF</p>	<p>Prescription 14 : Élaborer un protocole ou une procédure sur la continuité des soins médicaux et paramédicaux.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription 14 maintenue. Un protocole ou une procédure sur la continuité des soins médicaux et paramédicaux doit être élaboré et validé. Le protocole « Habilitation acte de soin délégué » ne suffit pas à y répondre.</p>

<p>Écart 15 : Le contenu du chariot des urgences n'est pas adapté pour permettre la restitution et le maintien des fonctions vitales des personnes accompagnées.</p>	<p>D344-5-6 CSP</p>	<p>Prescription 15 : Mettre en place un chariot d'urgence, respectivement sur les 2 bâtis de la structure, dont les médicaments, produits et dispositifs médicaux (listes validées par un médecin en lien avec la pharmacie) et la traçabilité de la gestion de son contenu permettent la restitution et le maintien des fonctions vitales des personnes accompagnées.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Prescription 15 maintenue jusqu'à l'aboutissement de la prescription énoncée, à finaliser avant la fin de l'année 2025.</p>
<p>Écart 16 : La mise sous contention physique et chimique d'un usager ne s'opère pas dans le cadre d'un protocole interne et les modalités de sa prescription ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques édictées par l'HAS ce qui constitue un manquement à la réglementation.</p>	<p>L311-3 CASF</p>	<p>Prescription 16 : Élaborer et valider un protocole concernant la mise sous contention physique et chimique d'une personne accompagnée et mettre en place les modalités de sa prescription et de son suivi médical.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription 16 maintenue. La fréquence de la réévaluation de la prescription de la contention doit être définie et tracée dans le [REDACTED]</p>
<p>Écart 17 : L'accompagnement socio-éducatif ne correspond pas aux attendus réglementaires alors même que la MAS dispose d'une équipe éducative.</p>	<p>D 344-5-3, D344-5-12 CASF</p>	<p>Prescription 17 : Repenser le management et l'accompagnement socio-éducatif en cohérence avec les attendus du projet d'établissement et les attendus règlementaires. Le formaliser dans les projets personnalisés des personnes accueillies.</p>	<p>12 mois</p>		<p>Prescription 17 maintenue. Transmettre à la DD 11 le nouvel organigramme et des fiches métiers des professionnels référents projet et des coordonnateurs.</p>
<p>Écart 18 : L'accès aux salles de soins (espace infirmerie) est insuffisamment sécurisé.</p>	<p>L311-3 CASF</p>	<p>Prescription 18 : Sécuriser et organiser l'accès aux salles de soins (espace infirmerie) à réserver aux seuls professionnels concernés par son usage.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 18 maintenue. Transmettre à la DD 11 le nouveau dispositif formalisé relatif aux modalités et personnels autorisés concernant l'accès aux salles d'infirmerie, locaux pharmacies de ces salles et</p>

					aux armoires contenant des produits pharmaceutiques.
Écart 19 : La réception des médicaments livrés par la pharmacie n'est pas contrôlée par une IDE.	R4312-39 CSP	Prescription 19 : Élaborer, mettre en place et suivre une procédure de livraison/réception des médicaments, dont celles des toxiques, sur le site et les deux salles d'infirmierie.	1 mois		Prescription 19 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.
Écart 20 : L'accès au coffre et la gestion des toxiques et stupéfiants ou médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants ne sont pas conformes à la réglementation.	Art. 5 de l'arrêté du 12 mars 2013 R5132-80, R5132-36 et R5132-26 CSP	Prescription 20 : Mettre en place une accessibilité sécurisée au coffre et une gestion des toxiques et stupéfiants conforme à la réglementation des stupéfiants.	Immédiat		Prescription 20 maintenue. Transmettre à la DD 11, avant le 15.01.2026, le protocole « gestion et accessibilité sécurisée aux toxiques et stupéfiants ».
Écart 21 : La gestion des périmés n'est pas structurée et organisée.	R4312-38 CSP	Prescription 21 : Élaborer, suivre et mettre en place avec la pharmacie une traçabilité du suivi et de la gestion des produits périmés (médicaments et dispositifs médicaux).	3 mois		Prescription 21 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.

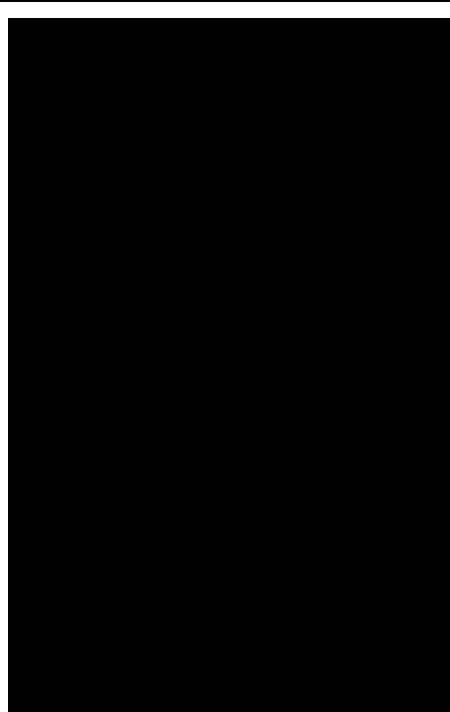
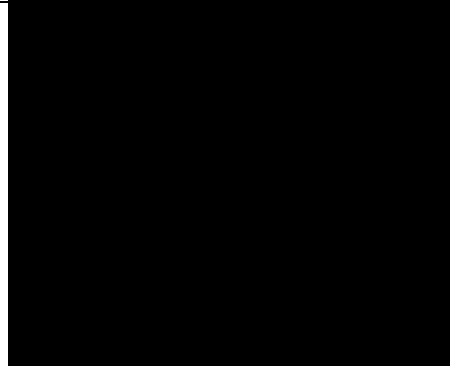
Remarques	Référence Réglementaire Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)	Nature de la mesure attendue (recommandation)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision de l'ARS
Remarque 1 : L'identification de la personne qualifiée, en tant que « référent lutte contre la maltraitance » n'est pas renseignée dans le projet d'établissement (PE).	L311-8 CASF	Recommandation 1 : Mettre à jour le PE en procédant à la désignation de la personne qualifiée, en prenant en compte l'arrêté départemental de novembre 2024.	1 mois		Recommandation 1 maintenue. La personne qualifiée, « Référent lutte contre la maltraitance » est à inscrire dans le projet d'établissement.
Remarque 2 : L'organigramme transmis n'est pas actualisé et ne reflète pas le fonctionnement actuel de la MAS.		Recommandation 2 : Mettre en place un organigramme clarifiant les liens hiérarchiques et fonctionnels par rapport au soin et à l'éducatif. Préciser le positionnement hiérarchique et les fonctions de la direction (directrice et directrice adjointe) par rapport aux fonctions du responsable du secteur socio-éducatif et d'un responsable du secteur soin qui serait à conférer à l'IDE assurant les missions de coordination, afin de constituer une équipe de direction composée de ces quatre représentations professionnelles. Veiller à diffuser un organigramme à jour.	3 mois		Recommandation 2 maintenue. dans l'attente de la transmission à la DD 11 du nouvel organigramme.
Remarque 3 : L'organigramme présenté dans le rapport d'activité 2024 ne montre pas le positionnement hiérarchique de la directrice adjointe sur la fonction soins et la fonction éducative. Il n'est pas suffisamment explicite concernant la gestion de la fonction soin.					
Remarque 4 : Le document unique de délégation (DUD) qui permet une subdélégation, acceptée par le déléguant, ne mentionne pas la directrice adjointe.		Recommandation 3 : Mettre à jour le DUD.	1 mois		Recommandation 3 maintenue.

<p>Remarque 5 : L'organisation de la continuité de direction n'est pas formalisée.</p>		<p>Recommandation 4 : Formaliser, dans une procédure écrite et validée, les mesures mises en œuvre pour assurer de manière efficiente la continuité de la fonction de direction. Positionner la directrice adjointe sur cette fonction, mission à différencier de celle du dispositif d'astreinte qui associe également le chef de service socio-éducatif.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 4 levée. Une remarque : dans le document transmis, les mentions manuscrites, préalables à la signature n'apparaissent pas.</p>
<p>Remarque 6 : L'organisation mise en place pour l'encadrement des professionnels du soin ne permet pas une coordination efficiente de l'activité des soins afin d'améliorer le parcours de prise en charge de la personne en situation de handicap.</p> <p>Remarque 19 : L'absence de missions d'encadrement assurées par l'IDE, chargée de la coordination des soignants, rend la coordination peu efficiente, au moins dans ses premiers résultats.</p>	<p>HAS « Manuel d'évaluation de la qualité des ESMS »</p>	<p>Recommandation 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une organisation plus efficiente de l'encadrement et du management des professionnels du soins, assurée par l'infirmière dans ses missions de coordination des soins, en liaison avec la direction. • Intégrer l'infirmière chargée de la coordination des soins à l'équipe de direction. 	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation 5 maintenue dans l'attente de la transmission à la DD 11 du nouvel organigramme et de la fiche métier du chef de service des soins.</p>
<p>Remarque 7 : Les fonctions de soins et d'accompagnement éducatif sont complémentaires par rapport à la prise en charge des usagers mais la spécificité de chacun des métiers et les compétences afférentes sont à respecter et différencier.</p>	<p>HAS « Manuel d'évaluation de la qualité des ESMS »</p>	<p>Recommandation 6 : Dissocier l'encadrement, les responsabilités et la gestion du secteur éducatif de celui du secteur des soins.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation 6 maintenue dans l'attente de la transmission à la DD 11 du nouvel organigramme et des fiches métiers de chef de service du secteur socio-éducatif.</p>

<p>Remarque 8 : Au vu des différents éléments mis à sa disposition, pour certains contradictoires, la mission s'interroge sur l'existence de fiches de poste.</p>	<p>Recommandations HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008</p>	<p>Recommandation 7 : Élaborer une fiche de poste pour chaque professionnel de l'établissement afin de fixer clairement les missions et responsabilités de chacun.</p>	<p>12 mois</p>		<p>Recommandation 7 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.</p>
<p>Remarque 9 : Les réunions sont nombreuses, insuffisamment structurées dans leur compte-rendu et insuffisamment précises dans leur contenu, notamment pour accompagner les professionnels dans l'adaptation de leurs missions.</p>		<p>Recommandation 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Redéfinir le rôle et le nombre de réunions. ▪ Poursuivre la démarche en cours et élaborer un document type de compte-rendu de réunion synthétique à incrémenter dans  	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation 8 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées</p>
<p>Remarque 10 : La production et la gestion non centralisée des plannings des professionnels du soin ne permettent pas un management efficient des équipes soignantes.</p>		<p>Recommandation 9 : Mettre en place une production et une gestion des plannings de l'ensemble des professionnels du soin au niveau de la direction de la structure.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation 9 levée.</p>

<p>Remarque 11 : Les vitres détériorées peuvent présenter un risque pour la sécurité des personnes hébergées ou accueillies.</p>	L311-3 CASF	<p>Recommandation 10 : Procéder aux travaux nécessaires.</p>	Immédiat		<p>Recommandation 10 maintenue.</p>
<p>Remarque 12 : L'état du chemin extérieur peut rendre l'accessibilité et les déplacements difficile pour des personnes à mobilité réduite (PMR).</p>	L311-3 CASF	<p>Recommandation 11 : Engager une réflexion sur l'entretien du chemin extérieur pour faciliter la circulation des PMR.</p>	6 mois		<p>Recommandation 11 levée.</p>
<p>Remarque 13 : L'absence de signalisation indiquant la réalisation des soins ou des toilettes peut porter atteinte au respect de l'intimité des personnes accueillies.</p>	L311-3 CASF	<p>Recommandation 12 : Permettre l'identification d'une intervention en soin/toilette au niveau de chaque chambre ou pièce concernée par cette prise en charge.</p>	Immédiat		<p>Recommandation 12 levée.</p>
<p>Remarque 14 : Le dossier médical des usagers ne repose pas sur un dossier unique.</p>		<p>Recommandation 13 : Structurer en un document unique, le dossier médical des usagers regroupant l'ensemble de ses pièces. Son accessibilité doit être sécurisée à implémenter seulement dans [REDACTED]</p>	9 mois		<p>Recommandation 13 maintenue. Présenter à la DD 11 l'état d'avancement de la structuration du DIU à la fin du 1^{er} semestre 2026.</p>
<p>Remarque 15 : L'absence de projet de soin structuré et formalisé pour chaque usager n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques.</p>	Référentiel HAS dossier du patient	<p>Recommandation 14 : Élaborer un projet de soin pour chaque usager, en internat comme en accueil de jour, à implémenté dans [REDACTED]</p>	12 mois		<p>Recommandation 14 maintenue.</p>

<p>Remarque 16 : l'absence de port de surblouse/tablier lors de l'aide aux repas ne respecte pas les règles d'hygiène.</p>	<p>Règlements CE n°852/2004, (méthode HACCP). Fiche Technique / Pratique « Maîtrise du risque infectieux »</p>	<p>Recommandation 15 : Doter les personnels, lors de l'aide au repas, d'équipements leur permettant de respecter les règles d'hygiène.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 15 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.</p>
<p>Remarque 17 : L'absence, le week-end, de temps de chevauchement pour les transmissions dans des conditions de relève et d'activité acceptables ne permet pas de garantir la pleine sécurité de la prise en charge des usagers.</p>		<p>Recommandation 16 : Programmer dans le planning des soignants des temps de transmission au moment du chevauchement des équipes pour tous les jours de la semaine</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 16 levée.</p>
<p>Remarque 18 : L'utilisation d'un cahier de « transmissions ciblées » par les IDE et l'usage partiel et non unique du volet « transmissions ciblées » du logiciel métier [redacted] ne permet pas de garantir la pleine sécurité de la prise en charge des usagers.</p>		<p>Recommandation 17 : Tracer les transmissions ciblées uniquement dans le [redacted]</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 17 maintenue.</p>
<p>Remarque 20 : Il existe un défaut de production de protocoles internes et de conduites à tenir adaptés pour la prise en charge du traitement des usagers, notamment pour les soins d'urgence et d'antalgie, validés par un médecin de la structure.</p>		<p>Recommandation 18 : Élaborer et valider des protocoles de soins formalisés et des conduites à tenir sur la gestion des risques liés aux soins d'urgence.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 18 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.</p>
<p>Remarque 21 : Il n'existe pas de liste actualisée, datée et signée par un médecin, des médicaments d'urgence et leur suivi n'est pas tracé par les IDE, ce qui ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de prise en charge.</p>	<p>OMEDIT / HAS</p>	<p>Recommandation 19 : Élaborer une liste des médicaments d'urgence, validée par un médecin, et procéder son suivi et sa traçabilité.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Recommandation 19 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.</p>

<p>Remarque 22 : L'absence de nombreux protocoles de soins formalisés, uniques, adaptés (prévention, déclaration, CAT, évaluation), actualisés, validés et/ou bien identifiés par les professionnels du soin peut porter atteinte à la qualité et la sécurité des soins.</p> <p>Remarque 23 : La mission a constaté l'absence de procédure ou protocole identifiés et actualisés sur la prise en charge des troubles du comportement, notamment perturbateur.</p>	<p>Bonnes pratiques sur HAS et de l'ANESM</p>	<p>Recommandation 20 : Actualiser, élaborer et valider au niveau de la structure, des protocoles de soins formalisés, adaptés à la pratique et standardisés, à mettre à disposition des professionnels du soin, par fonction, dans un espace unique d'accès, dans [REDACTED]; Sont prioritairement concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge et conduite à tenir face à la survenue de crise d'épilepsies des usagers ; ▪ Protocole unique (identification et conduite à tenir) et validé de la gestion de la douleur ; ▪ Protocoles de soins relatifs à la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie, formalisés, uniques, adaptés, actualisés et validés ; ▪ Protocole unique, standardisé et validé, sur la prise en charge de troubles du comportement. 	<p>1 an</p>		<p>Recommandation 20 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.</p>
<p>Remarque 24 : La transmission des ordonnances ne repose pas sur l'usage d'une boîte courriel sécurisée.</p>		<p>Recommandation 21 : Utiliser une messagerie sécurisée pour la transmission des ordonnances à la pharmacie avec laquelle la structure a conventionné.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation 21 maintenue. Il est pris acte des démarches engagées.</p>