

Service Unité parcours inclusifs PH

émetteur :
Affaire :
suivie par :
Courriel :
Téléphone :
Réf. Interne :



: 31/12/2025

LR avec AR n° : 1a20687955592

Monsieur le Président
Association AAPHM
MAS Alesti
1264 chemin du Mas Alesti
30000 NIMES

Objet : Clôture de la procédure contradictoire - Notification des décisions définitives – MAS Alesti à Nîmes

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctrices prescrites et non mises en œuvre

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection de la MAS Alesti à Nîmes, les 21 et 22 août 2025, je vous ai invité à communiquer vos observations, en réponse, sur les constats et les conclusions de la mission consignés dans son rapport, ainsi que sur les prescriptions que j'envisageai de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous m'avez transmis des remarques par courriel reçu le 10 décembre 2025.

Je vous notifie donc ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices, énumérées dans le tableau ci-joint.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des usagers, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de la MAS Alesti à Nîmes.

Au fur et à mesure de l'exécution par vos soins des mises en conformité selon l'échéancier précisé dans ce tableau en pièce jointe, vous voudrez bien transmettre à mes services, 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.

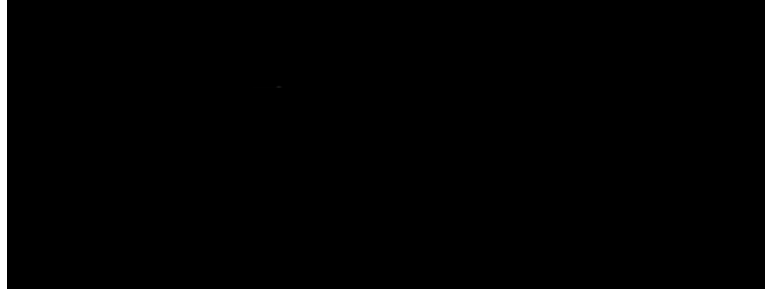
En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

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 du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 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.

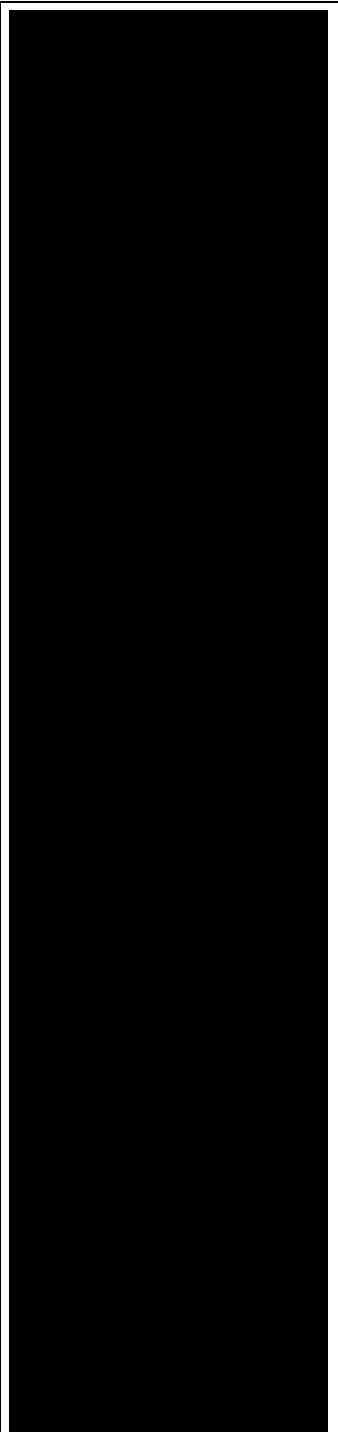
Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

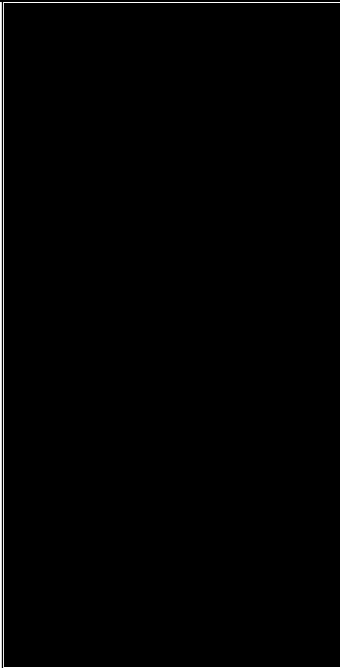
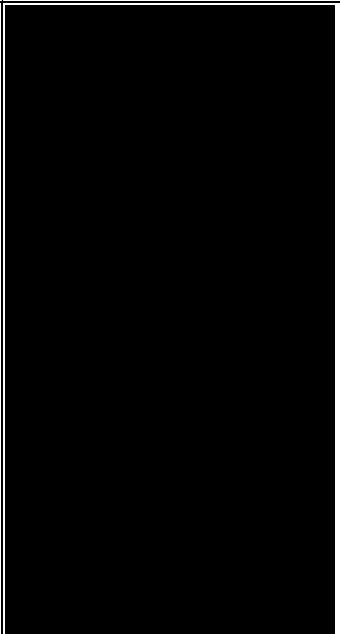


**Tableau de synthèse des écarts/remarques et des décisions définitives exigées
Inspection de la MAS Alesti – AAPHPM**

Ecart et remarques	Rappel de la réglementation	Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation)	Délais de mise en œuvre	Réponse de l'établissement	Mesures définitives et délai de mise en œuvre
Ecart					
<p>Ecart 1 :</p> <p>Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé au regard de l'évolution capacitaire et des références réglementaires. Il en est de même pour le livret d'accueil.</p>	<p>Articles R311-33 à R311-37, D344-5-7 CASF</p>	<p>Mesure correctrice impérative 1 :</p> <p>Actualiser le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil au regard de l'évolution capacitaire et des évolutions réglementaires</p>	3 mois		Ecart levé


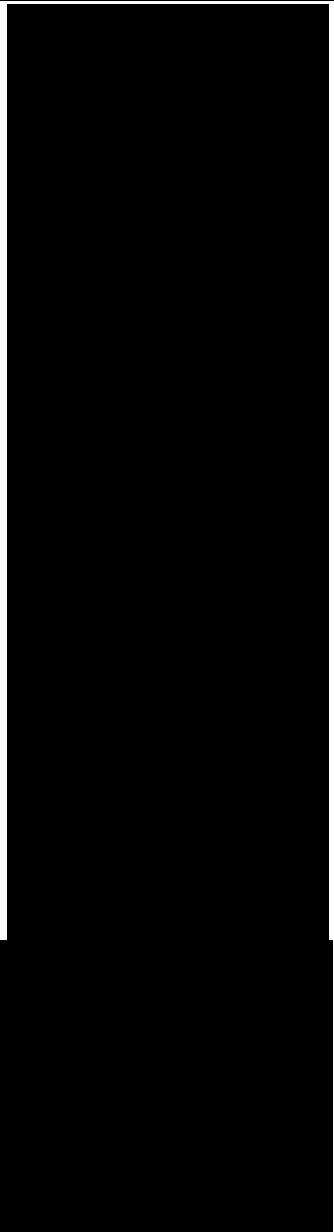
<p>Ecart 2 :</p> <p>Le projet d'établissement n'a pas été soumis aux instances pour validation (CSE et CVS).</p>	Article L311-8 CASF	<p>Mesure correctrice impérative 2 :</p> <p>Soumettre à la validation des instances le Projet d'établissement.</p>	3 mois		Ecart levé
<p>Remarque 1 :</p> <p>Les entretiens ont mis en exergue des difficultés de coordination entre les équipes de proximité et les encadrants et de positionnement de certains agents dans ce cadre.</p>		<p>Recommandation 1 :</p> <p>Entamer une réflexion pour repenser l'organisation, le positionnement et les liens hiérarchiques et fonctionnels des cadres permettant notamment une harmonisation des pratiques et une homogénéité des accompagnements.</p>			Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission d'un organigramme indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels de chacun entre les différents pôles
Ecart 3 :	Articles D311-19 et D311-20 CASF	Mesure correctrice impérative 3 :	3 mois		Ecart levé

<p>Il n'existe pas de règlement intérieur du CVS et les PV des réunions ne sont pas signés de la présidente du CVS.</p>		<p>Elaborer en CVS un règlement intérieur de cette instance et faire signer les PV à sa présidente.</p>			
---	--	---	--	---	--

<p>Ecart 4 :</p> <p>Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'établissement.</p>	<p>Article R311-34 CASF</p>	<p>Mesure correctrice impérative 4 :</p> <p>Prévoir l'installation d'un tableau d'affichage à l'entrée de l'établissement avec la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Ecart levé</p>
<p>Ecart 5 :</p> <p>Il n'existe pas de dispositif opérationnel adapté de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.</p>	<p>Article L 311-3 du CASF</p>	<p>Mesure correctrice impérative 5 :</p> <p>Formaliser un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers. Ce document devra être soumis au conseil de la vie sociale pour information et avis.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Ecart levé</p>

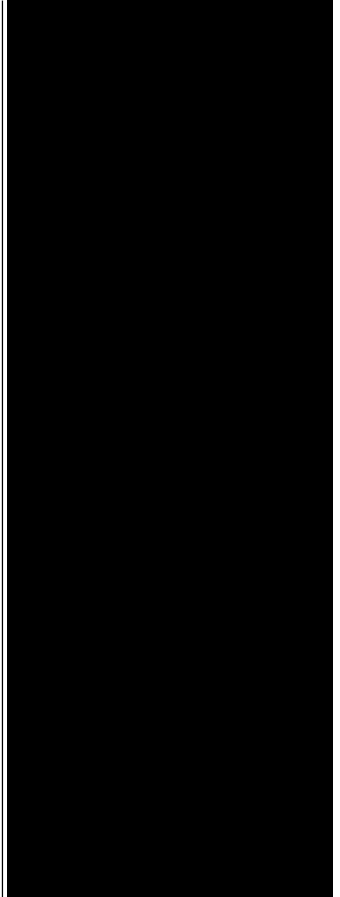
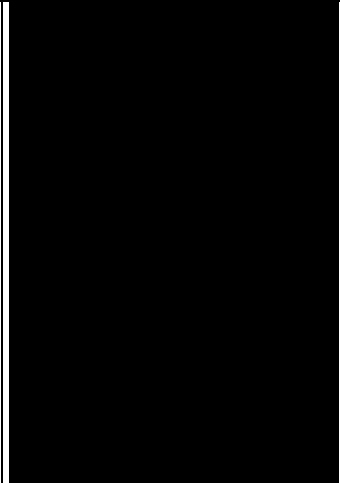
<p>Ecart 6 :</p> <p>Il n'existe pas de conduites à tenir formalisées et actualisées en cas de crises, d'incidents ou évènements indésirables graves à la MAS</p>	<p>Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 et Article R.331-8 à 10 du CASF</p> <p>Article L 331-8-1 du CASF : information des autorités administratives compétentes</p> <p>Article R 331-8 et suivants du CASF</p>	<p>Mesure correctrice impérative 6 :</p> <p>Rédiger les protocoles et procédures propres à la MAS permettant de définir les conduites à tenir formalisées et actualisées en cas de crises, d'incidents ou évènements indésirables graves (modalités de recueil et traitement à chaud et signalement à la tutelle).</p>	<p>3 mois</p>		<p>Ecart levé</p> <p>Il conviendra de rajouter les coordonnées BAL et numéro alerte : ars-oc-alerte@ars.sante.fr et 0800 301 301</p>
<p>Ecart 7 :</p> <p>Il n'existe pas de dispositif opérationnel actualisé et adapté de recueil et d'analyse des EIG</p> <p>Il n'existe pas de dispositif opérationnel adapté de recueil et d'analyse des EIAS.</p>	<p>Articles R1413-68 (EIGS) et R1413-69 (déclaration en 2 parties) du CSP</p> <p>Article L5121-25 du CSP (EIA aux médicaments)</p> <p>Article L331-8-1 du CASF</p> <p>Arrêté du 28 décembre 2016</p>	<p>Mesure correctrice impérative 7 :</p> <p>Actualiser le dispositif opérationnel et adapté de recueil et d'analyse des EIG et formaliser un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des EIAS. Ces documents devront être soumis au conseil de la vie sociale pour information et avis.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Ecart levé</p> <p>Il conviendra de rajouter les coordonnées BAL et numéro alerte : ars-oc-alerte@ars.sante.fr et 0800 301 301</p>

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

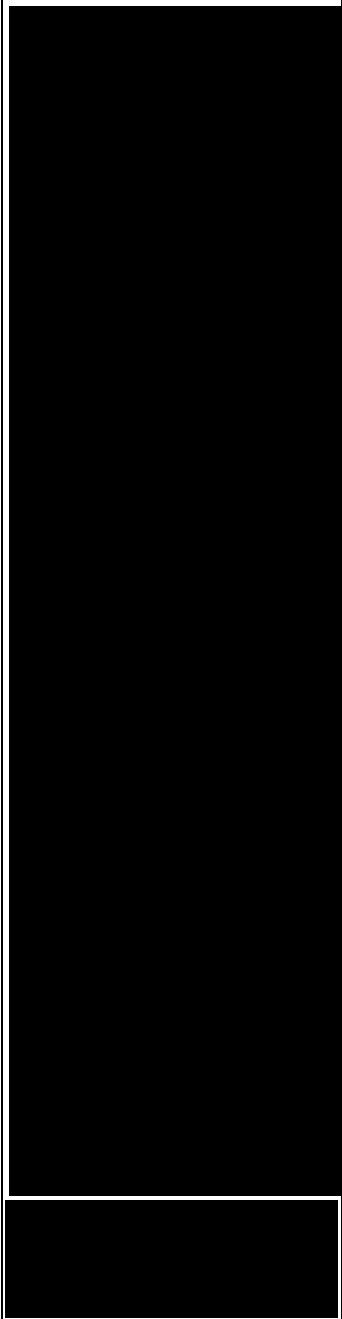
<p>Ecart 8 :</p> <p>Le plan bleu n'est pas actualisé</p>	<p>Article D312-160 du CASF INSTRUCTION interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</p> <p>Guide de décembre 2022 DGS/DGCS, d'aide à l'élaboration des plans bleus.</p>	<p>Mesure correctrice impérative 8 :</p> <p>Rédiger un plan bleu propre à la MAS qui doit préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La description de l'établissement (plans), ses ressources et sa capacité d'accueil – L'exposition aux aléas risques climatiques, le document d'analyse des risques infectieux (DARI) et les facteurs de vulnérabilité. Le DLU – Le conventionnement avec un établissement sanitaire – Le plan de continuité des activités (PCA) – Les modalités d'organisation d'une cellule de crise – Les fiches de procédures spécifiques : IRA, TIAC/GEA, Légionellose, confinement, évacuation) – Fiches de sécurité. 	<p>6 mois</p>	 	<p>Ecart levé</p> <p>La note DGAS du 14 juin 2007 a étendu aux établissements pour personnes handicapées la mise en place de « plans bleus » détaillant les modalités d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique</p>

<p>Ecart 9 :</p> <p>En dehors de la mission relative à l'élaboration des PAP et de leur mise en œuvre, les spécificités des fonctions éducatives des personnels moniteurs éducateurs et éducateurs spécialisés ne sont pas mises en exergue dans le fonctionnement courant de l'établissement.</p>	<p>Articles L311-3, L312-1, D 344-5-10 à 13 CASF</p> <p>Recommandation de bonne pratique de décembre 2017 : Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte.</p>	<p>Mesure correctrice impérative 9 :</p> <p>Rééquilibrer la composition des équipes et les réorienter sur un versant éducatif plutôt que majoritairement sur de la quotidienneté.</p>	<p>6 mois</p>	<p></p>	<p>Ecart levé</p>

<p>Remarque 2 :</p> <p>Présence aléatoire dans les dossiers du personnel de la copie des entretiens d'évaluation des personnels</p>		<p>Recommandation 2 :</p> <p>Systematiser la réalisation d'entretiens d'évaluation. Ces derniers doivent être signés des 2 partis et un exemplaire conservé dans le dossier de l'agent.</p>			<p>Recommandation maintenue</p>
<p>Ecart 10 :</p>	L133-6 CASF	<p>Mesure correctrice impérative 10 :</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Ecart maintenu</p>

<p>Présence de la copie de l'extrait de casier judiciaire dans les dossiers des personnels demandé à l'embauche uniquement</p>		<p>La communication des extraits de casier judiciaire doit être demandée à l'embauche puis régulièrement. Leur consultation doit être tracée dans le dossier de l'agent sans conservation du document lui-même.</p>			
<p>Ecart 11 :</p> <p>Les professionnels de la MAS ne disposent pas d'un plan de formation spécifique permettant de répondre aux besoins des personnes accueillies notamment en terme de communication.</p> <p>Les professionnels ne sont pas formés au développement de la vie</p>	<p>D344-5-10 CASF</p> <p>Recommandation de bonne pratique de juillet 2022 : L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (volet 1) - communication et habiletés sociales.</p>	<p>Mesure correctrice impérative 11 :</p> <p>Intégrer dans le plan de formation de la MAS des formations spécifiques sur les modes de communication alternatifs améliorés ou autres outils d'évaluation des comportements notamment ainsi qu'au développement de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap; Ces formations permettraient de mieux répondre aux besoins des personnes accueillies.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p>

<p>affective et sexuelle des personnes en situation de handicap ;</p>					
<p>Remarque 3 : Un livret d'accueil du nouvel arrivant à destination des professionnels a été présenté. Il s'agit d'un document généraliste concernant le fonctionnement de la MAS, assorti notamment des codes d'accès à l'établissement (physique et numérique...), d'un guide d'utilisation du portail salarié ... et d'une charte de bientraitance auquel doit s'engager le salarié. Toutefois, les personnels entendus y compris ceux récemment arrivés n'ont pas semblé connaître ces outils.</p>		<p>Recommandation 3 : Systématiser la diffusion des outils d'accueil du nouvel arrivant à l'embauche de salariés.</p>			<p>Recommandation levée</p>

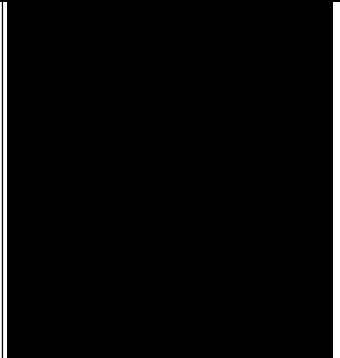
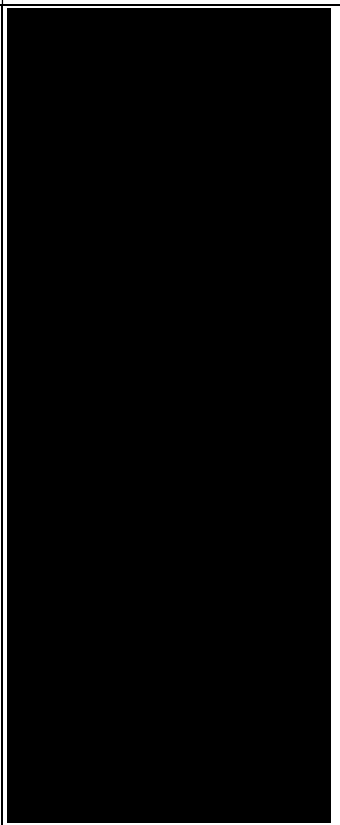
<p>Remarque 4 :</p> <p>Lors de la visite il a été constaté que les espaces extérieurs manquaient d'entretien et pour certains nécessitaient d'être rénovés afin de favoriser des activités à l'extérieur. Certaines terrasses étaient en travaux et les planches enlevées étaient conservées en tas sur les côtés, représentant un danger potentiel de chutes pour les résidents.</p> <p>Il a été également constaté que certaines pièces étaient désordonnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la chambre ■■■ de l'unité ■■■ (chambre non occupée car l'unité comprends 9 chambres pour 8 résidents). Cette pièce sert de lieu de stockage pour du matériel en vrac. -au sein des salles de bain communes : elles servent également pour stocker du matériel ou d'ancien matériels de manière désordonnée. Dans une salle de bain commune les vêtements du personnel 		<p>Recommandation 4 :</p> <p>Sécuriser les espaces extérieurs et prévoir leur rénovation et leur entretien afin de favoriser leur appropriation par les résidents.</p> <p>Veiller à un entretien satisfaisant et au rangement des pièces pour servir à ce à quoi elles sont destinées (notamment salles de bains).</p>			<p>Recommandation maintenue par défaut de justificatifs de type photographies.</p>

étaient étendus, ainsi que des fauteuils roulants des usagers lavés pendant la nuit.

Des tableaux finissaient également de sécher au sein de cette pièce.

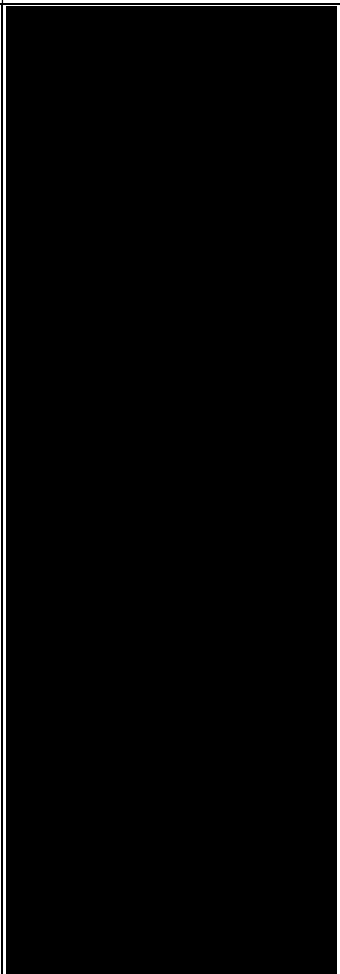
Par ailleurs certaines baignoires communes n'étaient pas propres (salissures et traces d'eau).

<p>Ecart 12 :</p> <p>La désignation de la personne de confiance et l'élaboration des directives anticipées ne sont pas abordées dans le contrat de séjour. Le document relatif aux personnes qualifiées devra être actualisé (liste existante).</p>	<p>(L311-4, D344-5-4 CASF)</p>	<p>Mesure correctrice impérative 12 :</p> <p>Actualiser le modèle de contrat de séjour pour qu'il aborde la désignation de la personne de confiance et l'élaboration des directives anticipées. Le document relatif aux personnes qualifiées devra être actualisé.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Ecart maintenu dans l'attente d'une version définitive.</p>
<p>Ecart 13 :</p> <p>Lors de la manipulation de l'outil [REDACTED] par l'équipe d'inspection, 7 dossiers ont été étudiés et les synthèses et PAP de plusieurs résidents n'étaient pas enregistrés, relativement anciens ou selon des formats différents (synthèse paramédicale à part, comptes-rendus de réunion</p>	<p>Articles L 311-3 et -4 CASF D344-5-2 et 4 CASF</p>	<p>Mesure correctrice impérative 13 :</p> <p>Travailler à l'élaboration de PAP sur la base des évaluations fonctionnelles conformément à ce qui est prévu par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de façon homogène et harmonisée.</p>	<p>Immédiat pour les nouveaux entrants, 6 mois pour les autres résidents</p>		<p>Ecart maintenu</p>

<p>uniquement, fiche de synthèse uniquement...)</p> <p>La mission d'inspection a constaté que les projets d'accompagnement n'étaient pas travaillés conformément à ce qui est prévu par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de façon homogène et harmonisée.</p>					
<p>Remarque 5 :</p> <p>Une difficulté qui a été repérée lors de ces activités concerne l'indisponibilité du personnel de l'unité accompagnant ces résidents pour appuyer le collègue laissé seul dans l'unité avec les autres résidents ne participant pas à l'activité proposée</p>		<p>Recommandation 5 :</p> <p>Prévoir systématiquement le renfort en personnel des unités lors du détachement d'un des personnels de l'unité sur une activité.</p>			<p>Recommandation maintenue</p>

<p>Remarque 6 :</p> <p>Des documents concernant la conduite à tenir en cas d'urgence sont affichés dans la salle de soins : datés de 2013, ils n'ont pas été mis à jour avec le numéro d'appel au 15 spécifiquement dédié aux ESMS.</p>		<p>Recommandation 6 :</p> <p>Actualiser la procédure concernant l'appel d'urgence au 15 en indiquant le numéro d'appel spécifique dédié aux établissements médico-sociaux..</p>			<p>Recommandation levée</p>
<p>Remarque 7 :</p>		<p>Recommandation 7 :</p>			<p>Recommandation levée</p>




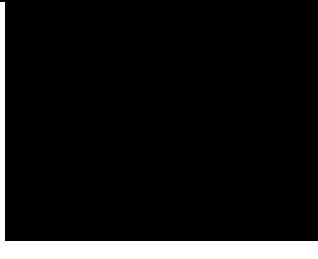
<p>Les mammographies de dépistage ne sont pas organisées.</p>		<p>Organiser les RDV à la suite des invitations à réaliser les mammographies de dépistage.</p>			
<p>Remarque 8 :</p> <p>Les protocoles Soins urgents, Soins antalgiques, Distribution des médicaments et contention sollicités n'ont pas été remis à la mission. Ils n'ont pas été évoqués par les personnels rencontrés.</p>		<p>Recommandation 8 :</p> <p>Mettre en place les procédures afin d'assurer une homogénéisation et une sécurisation de la prise en charge et en assurer la diffusion et l'appropriation par les personnels.</p>			<p>Recommandation maintenue dans l'attente de l'élaboration des protocoles manquants et de la révision des protocoles existants mais anciens.</p>
<p>Remarque 9 :</p> <p>La procédure circuit du médicament date de 2013 et n'a pas été actualisée. Le circuit du médicament fait l'objet d'un axe d'amélioration continue, tracé dans un document</p>		<p>Recommandation 9 :</p> <p>Structurer le travail d'élaboration de la nouvelle procédure du circuit du médicament et fixer une date de production finale.</p>			<p>Recommandation maintenue</p>

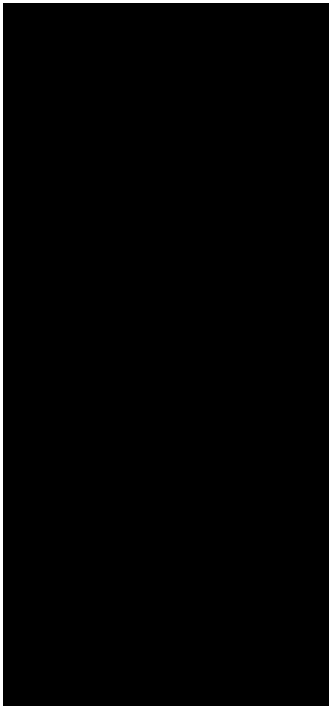
<p>remis à la mission. Il ne comporte pas d'échéance pour les actions à améliorer. Seules les priorisations sont indiquées en termes de oui/non. Il ne peut être repéré comment et avec qui est travaillé ce sujet, d'autant que les IDE rencontrés ne l'ont pas évoqué.</p>					
<p>Ecart 14 :</p> <p>La mission n'a pas été destinataire de liste de médicaments à utiliser préférentiellement.</p>	<p>Article D312-158 7° du CASF Arrêté 5 septembre 2011, 2°article 2</p>	<p>Mesure correctrice impérative 14 :</p> <p>Etablir une liste des médicaments à utiliser préférentiellement.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Cette mention (et non plus un écart en l'absence de texte opposable) est maintenue compte tenu du profil et de l'âge avancé de certains résidents.</p>

<p>Remarque 10 :</p> <p>Les adaptations de traitements ou nouvelles prescriptions se font par envoi de mails non sécurisés.</p>		<p>Recommandation 10 :</p> <p>Sécuriser la confidentialité des données médicales pour toutes les prescriptions adressées à la pharmacie.</p>			<p>Recommandation maintenue</p>
<p>Remarque 11 :</p> <p>Les IDE qui réceptionnent les traitements, les rangent dans les boîtes individuelles. Un contrôle qualitatif mais non</p>		<p>Recommandation 11 :</p> <p>Mettre en place un double contrôle de la conformité du pilulier à la prescription originale</p>			<p>Recommandation levée</p> <p>La mention du double contrôle est à intégrer à la procédure du circuit du médicament.</p>

<p>quantitatif est réalisé à cette étape. Les médicaments dans les piluliers sont stockés sous blisters.</p>					
<p>Remarque 12 : L'IDE de nuit a en charge la confection des piluliers hebdomadaires qu'il réalise 3 nuits par semaine au regard des ordonnances regroupées dans un même classeur. L'identité prénom-nom est noté sur le pilulier mais il n'y a pas de photographie ou autre information ce qui rend l'identitovigilance fragile. Les piluliers destinés à la nuit sont à part. Aucun double contrôle n'est en place pour garantir la conformité du pilulier à la prescription en cours avant la distribution des traitements.</p>		<p>Recommandation 12 : Renforcer l'identitovigilance des piluliers.</p>			<p>Recommandation levée</p>
<p>Remarque 13 : Les formes multidoses (collyres, suspension buvables...) ne comportent pas toutes l'identité du</p>		<p>Recommandation 13 : Indiquer les mentions attendues sur les formes multidoses (identité et date d'ouverture ou limite d'utilisation une fois ouvert).</p>			<p>Recommandation levée</p>

<p>résident et la date d'ouverture (ou la date limite d'utilisation après ouverture)</p>					
<p>Remarque 14 :</p> <p>Il a été constaté que pour 2 résidents ([REDACTED]), des traitements effectivement broyés ne devaient pas l'être.</p> <p>Il a été indiqué par les IDE que les traitements sont broyés ensemble dans un même sachet.</p> <p>Le broyeur présenté des traces de poudre ce qui témoigne d'un nettoyage insuffisant après utilisation.</p>		<p>Recommandation 14 :</p> <p>Faire valider par un médecin la possibilité de broyer un médicament et tracer cette autorisation. Veiller à ne broyer qu'un seul médicament à la fois et à nettoyer le broyeur entre chaque utilisation. Tracer ces éléments dans la procédure du circuit du médicament.</p>			<p>Recommandation maintenue</p>

<p>Remarque 15 :</p> <p>Un document a été remis à la mission indiquant les personnes habilitées à entrer en salle de soins/ salle de stockage des médicaments : il s'agit des IDE, du cadre de santé et des médecins. Ce document n'est ni daté ni signé.</p>		<p>Recommandation 15 :</p> <p>Veiller à dater et signer les documents et consignes en lien avec des exigences de sécurisation des soins.</p>			<p>Recommandation maintenue par défaut de transmission du document.</p>
<p>Remarque 16 :</p> <p>Le sac d'urgence, non scellée est logé dans un placard. Son contenu est vérifié 1 fois par mois et cette vérification est tracée.</p>		<p>Recommandation 16 :</p> <p>Sécuriser l'accès au sac d'urgence qui doit cependant rester facilement accessible.</p>			<p>Recommandation levée</p>
<p>Remarque 17 :</p> <p>Il a été également identifié une bouteille d'O2 rangée avec le cas d'urgence dans un placard, donc dans un espace non ventilé et 3 concentrateurs en O2</p>		<p>Recommandation 17 :</p> <p>Ne pas stocker les bouteilles d'O2 dans des endroits non ventilés.</p>			<p>Recommandation maintenue : la grille de ventilation apposée sur la porte ne permet pas une ventilation suffisante de l'espace : déterminer un autre emplacement ou supprimer la porte</p>
<p>Ecart 15 :</p> <p>Si les armoires et les chariots de piluliers étaient propres et rangés, leur nettoyage n'est pas programmé. Cette tâche est réalisée en pratique le</p>	<p>R4312-37 à 39 du CSP</p>	<p>Mesure correctrice impérative 15 :</p> <p>Etablir un document programmant et traçant l'effectivité du contrôle de la validité des médicaments et de l'entretien des différents lieux de stockage de médicaments. Restituer à</p>	<p>3 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p>

<p>WE par les IDE mais n'est pas tracée.</p> <p>Dans les trousse de sortie ont été repérés des médicaments périmés.</p>		<p>la pharmacie les médicaments périmés.</p>			
<p>Ecart 16 :</p> <p>La MAS ne dispose pas de liens conventionnels avec les partenaires du système de santé (libéraux, sanitaires, médico-sociaux) et experts</p>	<p>Articles L311-8, D311-38, L312-7, D312-155-0, D312-158 du CASF</p> <p>R313-30 du CASF</p>	<p>Mesure correctrice impérative 16 :</p> <p>Formaliser les partenariats existants dans le cadre de convention et développer la coopération avec les partenaires du système de santé (centre ressources autisme, associations et établissements médico-sociaux, établissements de santé de proximité,...)</p>	<p>6 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p>