

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/2025-217

Date : jeudi 27 novembre 2025

N° PRIC : MS_2025_34_CS_04

Monsieur le Directeur général
Association ADAGES
125 rue Clément François Prunelle
34790 GRABELS

Courrier RAR n° 1A 217 930 2464 6

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

Objet : Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Fontcolombe » à Montpellier (34) : clôture de la procédure contradictoire

PJ : Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur général,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de la MAS « Fontcolombe », sise 509 rue de Château Bon à Montpellier (34070), en date du 25 et 26 juin 2025, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 24 septembre 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 courrier en date du 22 octobre 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 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.

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'Hérault (ars-oc-dd34-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.

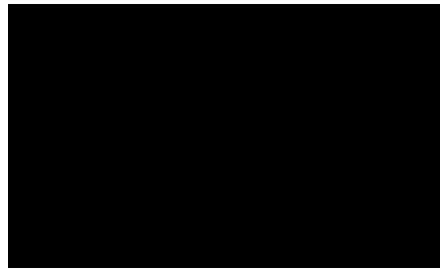
.../...

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de 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 Directeur général, 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) « Fontcolombe »
509 rue de Château Bon - Montpellier (34)

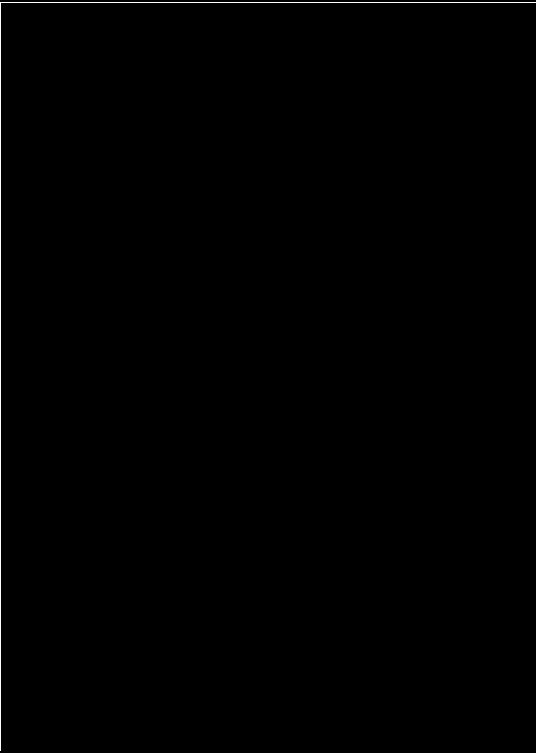

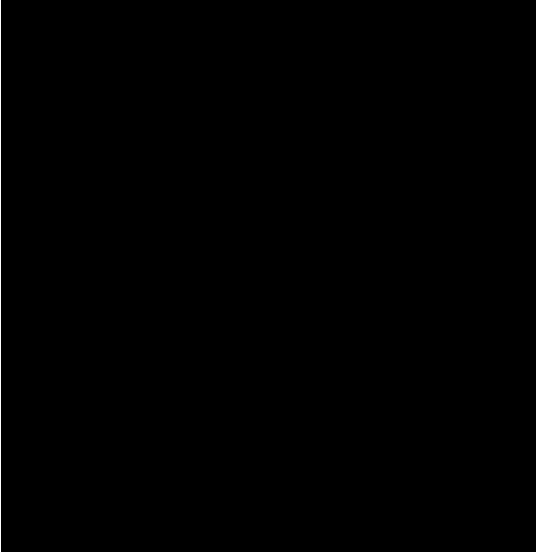

25 et 26 juin 2025

N° PRIC : MS_2025_34_CS_04

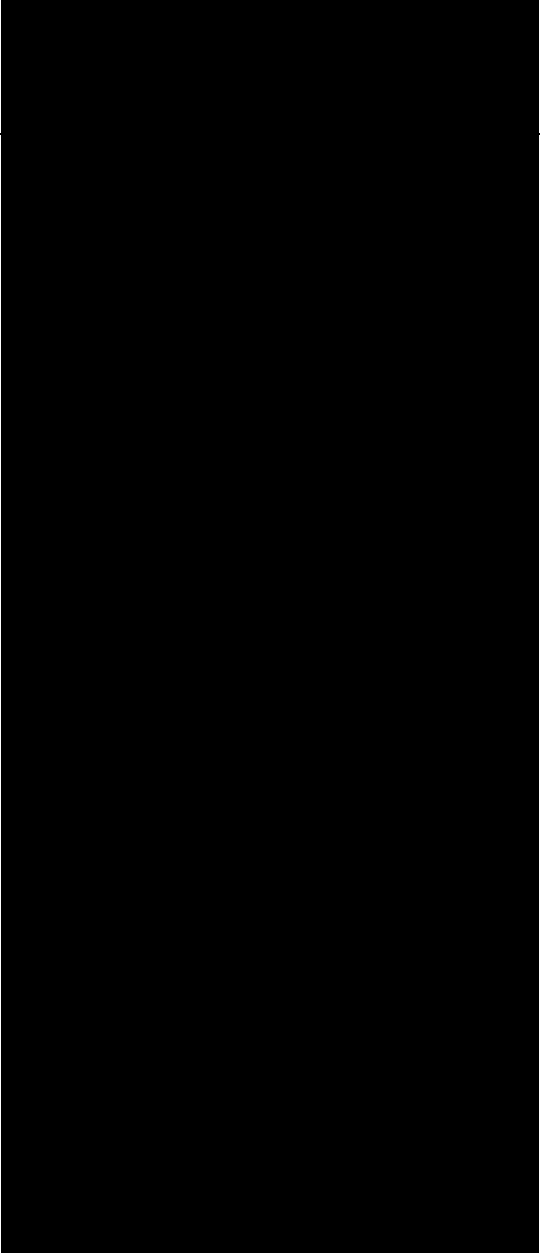
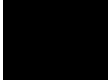
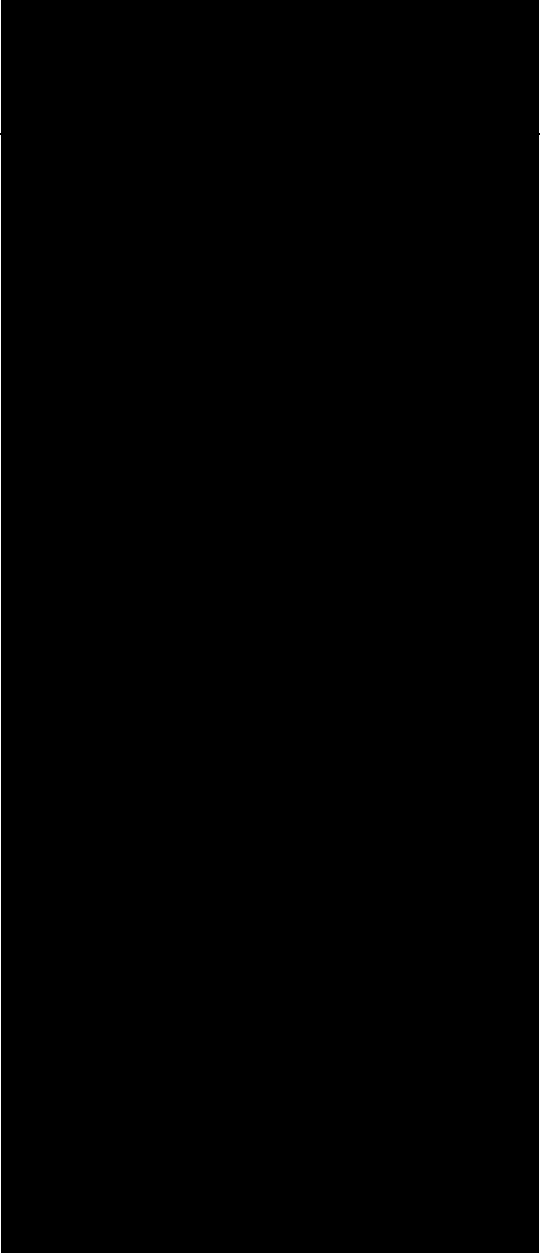
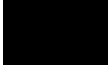
Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

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	Rappel de la réglementation	Mesures (prescription) et mesures correctrices attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décisions de l'ARS
<u>Écart 1</u> : La mission n'a pas été destinataire d'un document justifiant de la consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement du règlement de fonctionnement	R311-33 CASF	<u>Prescription 1</u> : Transmettre un justificatif de la consultation des instances représentatives du personnel sur le règlement de fonctionnement mis à jour en 2024.	1 mois	[Redacted]	[Redacted]	<u>Prescription 1 levée</u>
<u>Écart 2</u> : La mission d'inspection n'a pas été destinataire d'un document justifiant de la remise du règlement de fonctionnement aux résidents.	R311-34 CASF	<u>Prescription 2</u> : Transmettre les justificatifs de remise du règlement de fonctionnement aux résidents.	1 mois			<u>Prescription 2 levée</u>
<u>Écart 3</u> : Le règlement de fonctionnement ne précise pas les modalités d'accueil du résident lors des périodes de fermeture de la MAS	D344-5-7 CASF	<u>Prescription 3</u> : Préciser les modalités de suivi de prise en charge du résident lors de la fermeture de la MAS. Transmettre le règlement de fonctionnement modifié.	3 mois			<u>Prescription 3 levée</u>

<p><u>Écart 4</u> : Le projet d'établissement ne comprend pas de démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance.</p>	<p>D311-8-3 CASF</p>	<p><u>Prescription 4</u> : Élaborer une démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance.</p>	<p>6 mois</p>			<p><u>Prescription 4 maintenue.</u> Le délai est accordé jusqu'en juin 2026.</p>
<p><u>Écart 5</u> : La mission n'a eu pas eu connaissance de la transmission du plan bleu au Préfet du département ni au service d'aide médicale urgente (SAMU) territorialement compétent</p>	<p>R311-8-1 CASF</p>	<p><u>Prescription 5</u> : Adresser un justificatif de la transmission du plan bleu au Préfet du département et au SAMU territorialement compétent.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Prescription 5 levée</u></p>

<p><u>Écart 6</u> : La mission n'a pas eu connaissance de la révision annuelle du plan bleu.</p>	R311-8-1 CASF	<p><u>Prescription 6</u> : Transmettre un justificatif des travaux de révision du plan bleu pour 2025.</p>	1 mois		<p><u>Prescription 6 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Le délai est accordé jusqu'en juin 2026.</p>
<p><u>Écart 7</u> : Le plan bleu de la MAS ne comporte pas le recensement des moyens de réponse, en particulier les équipements et matériels disponibles dans l'établissement ni le plan de formation du personnel aux situations sanitaires exceptionnelles.</p>	R311-38-1 CASF	<p><u>Prescription 7</u> : Compléter le plan bleu de la MAS avec le recensement des moyens de réponse, en particulier les équipements et matériels disponibles dans l'établissement et le plan de formation du personnel aux situations sanitaires exceptionnelles.</p>	6 mois		<p><u>Prescription 7 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Écart 8</u> : La mission d'inspection n'a pas été destinataire de tout document justifiant d'un passage devant les instances représentatives du personnel et du CVS.</p>	R311-38-1 (III) CASF	<p><u>Prescription 8</u> : Transmettre à un justificatif de consultation des instances représentatives du personnel et du CVS.</p>	1 mois		<p><u>Prescription 8 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Le délai est accordé jusqu'en juin 2026.</p>

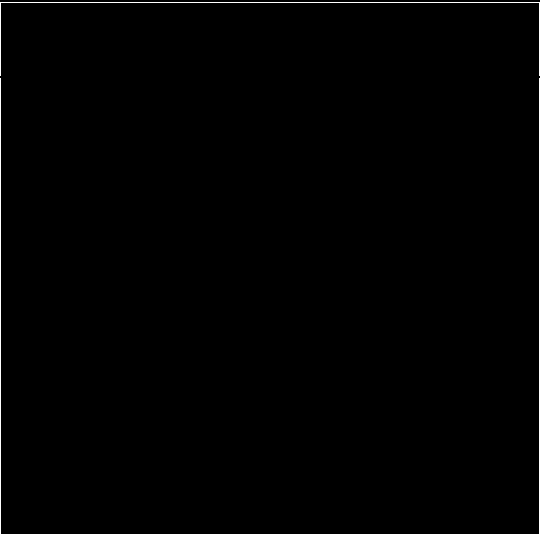

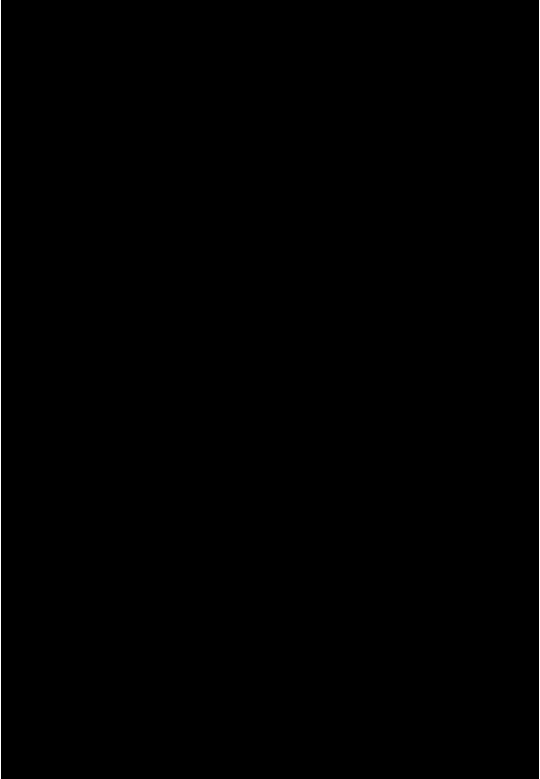

<p><u>Écart 9</u> : Le document de subdélégation entre la direction de l'établissement et la cheffe de service n'a pas été mis à jour.</p>	<p>D312-176-5 (2e alinéa) CASF</p>	<p><u>Prescription 9</u> : Mettre à jour le document de délégation et/ou de subdélégation interne à la MAS. Transmettre le document actualisé.</p>	<p>3 mois</p>			<p><u>Prescription 9 levée</u></p>
<p><u>Écart 10</u> : Le directeur participe aux réunions cliniques des résidents.</p>	<p>R.1110-1 CSP</p>	<p><u>Prescription 10</u> : Le partage d'informations à caractère médical n'est autorisé qu'entre professionnels de santé ou professionnels du secteur médico-social dans la limite de leurs missions et pour la coordination ou la continuité des soins. En conséquence, il doit être mis fin à cette pratique.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Prescription 10 maintenue</u></p>

<p><u>Écart 11</u> : La mission n'a pas eu connaissance de la transmission à l'ARS de la décision instituant le CVS ni de son règlement intérieur.</p>	D311-19 CASF	<p><u>Prescription 11</u> : Transmettre la décision instituant le CVS en vigueur ainsi que son règlement intérieur.</p>	Immédiat			<p><u>Prescription 11 levée</u></p>

<u>Écart 12</u> : La mission n'a pas eu de communication du rapport d'activité annuel du CVS.	D311-20 CASF	<u>Prescription 12</u> : Transmettre le rapport annuel 2024 du CVS.	3 mois		<u>Prescription 12 levée</u>
<u>Écart 13</u> : L'établissement n'a pas organisé d'enquêtes de satisfaction depuis plusieurs années.	D311-15-III CASF	<u>Prescription 13</u> : Procéder à la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des résidents accueillis et de leur famille. Les résultats de l'enquête doivent être présentés annuellement en CVS et affichés au sein de l'établissement.	D'ici fin 2025		<u>Prescription 13 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Transmettre l'enquête.
<u>Écart 14</u> : Aucune politique de promotion de la bientraitance n'est mise en place au sein de l'établissement et connue du personnel. Cf. Écart 4	D311-38-3-CASF L311-3, 1° CASF HAS, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2018) » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance », 2008 D311-38-3-CASF	<u>Prescription 14</u> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engager une politique globale de la promotion de la bientraitance ; ▪ Formaliser une politique institutionnelle de bientraitance ; ▪ Élaborer un document cadre décrivant les principes, les objectifs et les modalités de mise en œuvre de la bientraitance dans l'établissement ; ▪ Désigner un ou plusieurs référents bientraitance chargés de promouvoir la bientraitance, de recueillir les signaux faibles et de coordonner les actions de prévention ; 	6 mois		<u>Prescription 14 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la formation continue sur la bientraitance ; ▪ Mettre en place un dispositif de repérage et de traitement des situations à risque ; ▪ Développer des outils internes (grilles d'observation, procédures de signalement, retours d'expérience) pour identifier, analyser et traiter les situations de maltraitance ou de risque de maltraitance ; ▪ Favoriser l'appropriation du projet d'établissement ; ▪ Réaliser un bilan annuel des actions menées, des situations signalées et des mesures correctives mises en œuvre, en lien avec les exigences du CASF ; ▪ Associer les personnes accompagnées, leurs familles et les représentants du CVS à la réflexion et à l'évaluation des pratiques de bientraitance. 			
<p><u>Écart 15</u> : Il n'existe pas de dispositif de soutien aux professionnels, de type temps de supervision et/ou d'analyses des pratiques professionnelles, au sein de l'établissement.</p>	D344-5-16 CASF	<p><u>Prescription 15</u> : Développer des partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques.</p>	6 mois		<u>Prescription 15 levée</u>

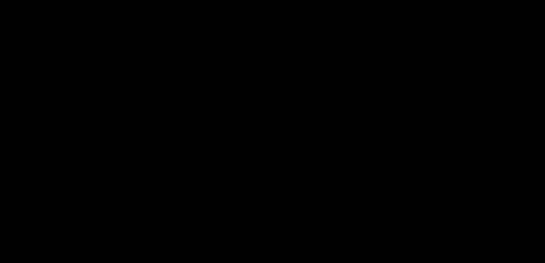



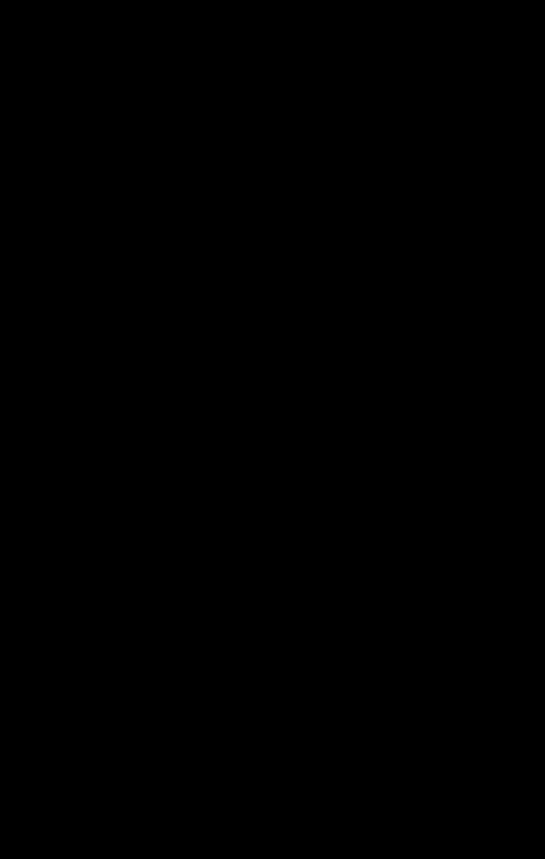

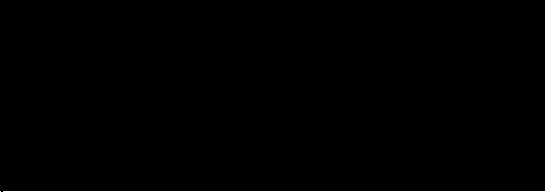

<p><u>Écart 16</u> : La procédure de signalement de maltraitance mentionne « si nécessaire, transmettre par écrit les informations aux autorités » et place l'étape de déclaration seulement au 6ème rang.</p>	<p>L 331-8-1 CASF R331-8 CASF</p>	<p><u>Prescription 16</u> : Informer sans délai les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de 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. Transmettre la nouvelle procédure.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription 16 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure. L'adresse mail du point focal régional de l'ARS est erronée sur la pièce 21.</p>
<p><u>Écart 17</u> : Des contrats de travail mentionnent des intitulés de poste impliquant des missions nécessitant une qualification spécifique, sans que les agents concernés en soient titulaires.</p>	<p>D344-5-14 CASF D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES (AMP, AVS))</p>	<p><u>Prescription 17</u> : Revoir les contrats de travail conformément aux qualifications et aux dispositions des professions réglementées. Transmettre une copie des contrats de travail concernés.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription 17 maintenue</u> dans l'attente du recrutement de personnels qualifiés. Transmettre les contrats de travail.</p>

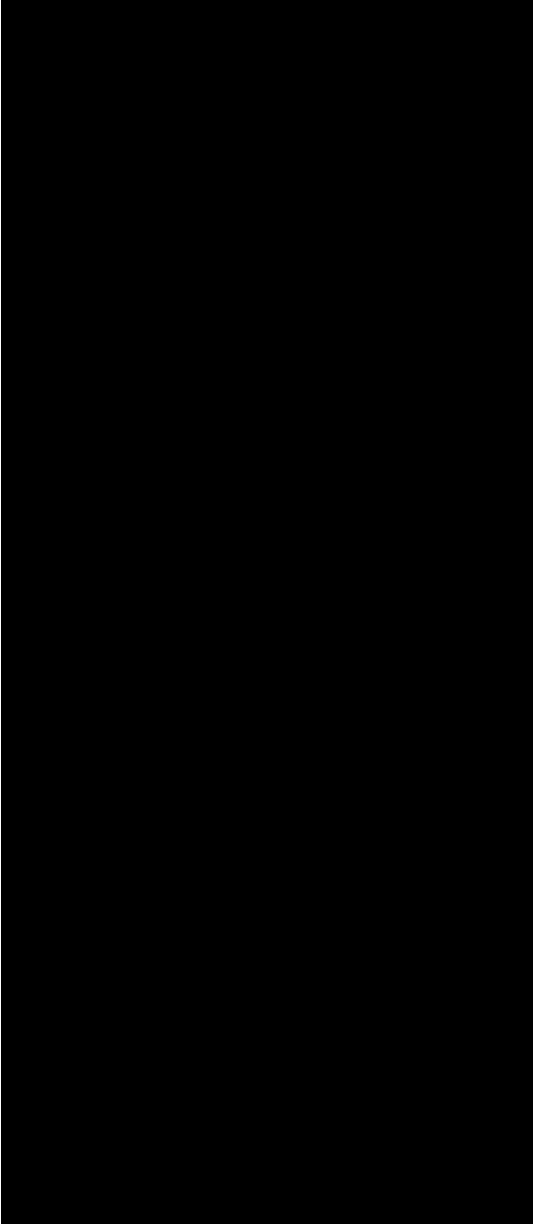
<p><u>Écart 18</u> : L'établissement n'a pas fourni la preuve qu'il s'assure de la compatibilité des salariés à exercer auprès des personnes vulnérables. Certains bulletins n° 3 extrait du casier judiciaire (B3) sont classés dans les dossiers du personnel.</p>	<p>L.133-6 CASF Décret 2019-381 du 29 avril 2019</p>	<p><u>Prescription 18</u> : Demander de façon systématique, lors du recrutement, la production du B3 de manière à s'assurer du droit des personnels d'exercer dans la structure. Le contrôle des antécédents doit être réalisé après l'embauche de manière régulière. Le directeur n'est pas exclu de ce contrôle. L'établissement ne doit pas conserver les B3 dans les dossiers du personnel.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Prescription 18 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Écart 19</u> : L'organisation générale de la structure, l'absence de coordination médicale et de personnel diplômé conduit à de nombreux glissements de tâches.</p>	<p>D344-5-14 CASF L.4391-1 CSP ; arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS ; D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES ; R4311-1 CSP L311-3 (1°) CASF</p>	<p><u>Prescription 19</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre fin sans délai à toute délégation de tâches relevant de professions réglementées à des personnels non diplômés ; ▪ Revoir l'organisation des équipes, notamment sur les horaires de nuit, afin de garantir la présence de professionnels qualifiés (aides-soignants, infirmiers) pour la réalisation des actes de soins ; ▪ Rappeler aux équipes les limites de leurs fonctions respectives et les responsabilités associées à l'exercice illégal d'actes professionnels réglementés ; ▪ Mettre en place un plan de recrutement ou de formation (VAE, formations qualifiantes) pour renforcer 	<p>Immédiat</p>			<p><u>Prescription 19 maintenue</u> dans l'attente de justificatifs de l'effectivité de la mesure.</p>

		les compétences internes et assurer la conformité des pratiques.			
<u>Écart 20</u> : Le plan de formation ne prévoit pas les formations obligatoires pour une structure de type MAS.	D344-5-10, 2° CASF L311-1 à L311-4 CASF L451-1 CASF R451-1 à D451-104 CASF D312-1 à D312-11 CASF	<u>Prescription 20</u> : Actualiser le plan de formation afin d'y intégrer ces thématiques, en cohérence avec : <ul style="list-style-type: none"> Les obligations réglementaires ; Les besoins spécifiques des usagers accueillis ; Les risques identifiés dans le DUERP ; Les bonnes pratiques professionnelles en matière de qualité de l'accompagnement. 	Au prochain plan de formation 2026		<u>Prescription 20 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Transmettre le plan de formation 2026 pour l'établissement.
<u>Écart 21</u> : les fiches de poste présentées à la mission sont pourvoyeuses de glissements de tâches ainsi que de manque de clarté dans les missions des salariés majorant le risque d'insécurité de la prise en charges des usagers.	L.4391-1 CSP D451-41 CASF D451-73 CASF D4311-16 CSP L.4391-1 CSP Arrêté du 10/06/2021	<u>Prescription 21</u> : Revoir les fiches de poste ou de missions et de sectorisation afin d'éviter les glissements de tâches et d'augmenter par là même la visibilité des missions pour chaque salarié, ainsi que leur organisation sur la journée.	Immédiat		<u>Prescription 21 maintenue</u> dans l'attente de justificatifs de l'effectivité de la mesure.
<u>Écart 22</u> : Il n'existe pas de registre des entrées et sorties paraphé et signé par le maire.	R331-5 CASF L331-2 CASF	<u>Prescription 22</u> : Mettre en place un registre des entrées et sorties à l'accueil de la structure, paraphé et signé par le maire.	Immédiat		<u>Prescription 22 levée</u>
<u>Écart 23</u> : Des informations médicales sont contenues dans le dossier administratif du résident.	R4127-45 CSP	<u>Prescription 23</u> : Ne pas classer des données médicales dans le dossier administratif du résident. En effet, le dossier médical est distinct des autres documents administratifs. Il est conservé dans des conditions propres à garantir la confidentialité des informations qu'il contient.	Immédiat		<u>Prescription 23 levée</u>

Écart 24 : Du linge propre, du linge sale, des déchets et des sanitaires cohabitent dans les salles de bain communes.	L311-3 CASF alinéa 1° Recommandations relatives à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux	<u>Prescription 24</u> : Réorganiser le circuit du linge en veillant à la conformité avec les exigences d'hygiène afin de garantir la sécurité des patients et des professionnels.	Immédiat		<u>Prescription 24 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 25 : Il n'a pas été remis à la mission de procédure d'admission formalisée.	L. 241-6, L. 311-3, 2° et R 146-36 CASF	Prescription 25 : Formaliser une procédure relative à la commission d'admission.	3 mois		<u>Prescription 25 levée</u>
Écart 26 : Le livret remis à la mission ne comprend pas en annexe le règlement de fonctionnement.	L311-4 CASF	Prescription 26 : Annexer le règlement de fonctionnement au livret d'accueil.	Immédiat		<u>Prescription 26 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 27 : L'établissement n'a pas désigné de référent pour chaque résident.	D.344-5-10 CASF	<u>Prescription 27</u> : Le gestionnaire doit désigner un référent par résident.	Immédiat		<u>Prescription 27 levée</u>
Écart 28 : Le projet de soins détaillé dans le projet d'établissement n'identifie pas la coordination des soins au sein de l'établissement sous la responsabilité d'un médecin et avec les praticiens extérieurs.	L311-8 CASF D344-5-5 CASF	<u>Prescription 28</u> : Actualiser le projet d'établissement en y intégrant une description claire de l'organisation des soins médicaux, précisant la coordination assurée sous la responsabilité du médecin, ainsi que les modalités d'intervention et d'articulation avec les praticiens extérieurs.	6 mois		<u>Prescription 28 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

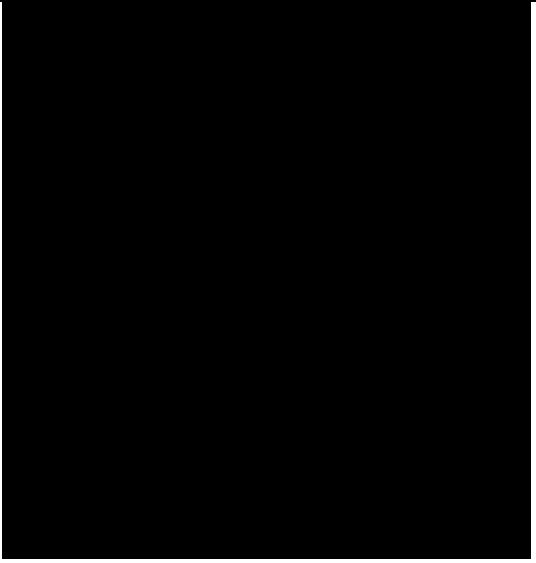

<p><u>Écart 29</u> : L'établissement ne déclare pas SANS DELAI des dysfonctionnements graves à l'ARS, ni des EIGS sur le portail national dédié.</p>	<p>L331-8-1 CASF, R1413-67 à 73 CSP</p>	<p><u>Prescription 29</u> : Déclarer SANS DELAI les dysfonctionnements graves auprès de l'ARS Occitanie et les EIGS sur le portail national dédié.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription 29 maintenue</u> car la procédure ne mentionne pas la notion « SANS DELAI » aux autorités.</p>
<p><u>Écart 30</u> : Il n'existe pas, au sein de l'établissement, de temps dédié pour l'analyse des EI et EIG.</p>	<p>R.331-8 CASF</p>	<p><u>Prescription 30</u> : Organiser des temps d'analyse pluridisciplinaire réguliers, formalisés, portant sur les événements relevés, notamment dans le circuit du médicament.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription 30 levée</u></p>
<p><u>Écart 31</u> : L'absence de traçabilité complète et de plan de soins individualisé ne garantit pas pleinement la qualité et la sécurité des soins.</p>	<p>L311-3 CASF R4311-5 CSP</p>	<p><u>Prescription 31</u> : Renforcer la traçabilité des soins en veillant à la complétude et à la mise à jour régulière des dossiers dans le logiciel [REDACTED] et formaliser un plan de soins individualisé pour chaque résident, afin d'assurer une prise en charge sécurisée, personnalisée et conforme aux droits des patients.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription 31 maintenue</u> en l'absence de justificatifs</p>
<p><u>Écart 32</u> : L'évaluation de la douleur du résident n'est pas pratiquée régulièrement et ne fait pas l'objet d'une procédure au sein de la MAS.</p>	<p>L1112-4 CSP</p>	<p><u>Prescription 32</u> : Finaliser la formalisation d'une procédure d'évaluation de la douleur et former les professionnels pour une mise en œuvre systématique.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription 32 levée</u></p>
<p><u>Écart 33</u> : Aucun temps formalisé n'est prévu entre les équipes pour assurer des transmissions orales quotidiennes sur les résidents.</p>	<p>D344-5-3 CASF</p>	<p><u>Prescription 33</u> : Organiser des temps de transmissions formalisés afin d'assurer un suivi cohérent et une prise en charge adaptée à chaque résident, tout en favorisant la coordination entre les équipes éducatives et paramédicales.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Prescription 33 levée</u></p>

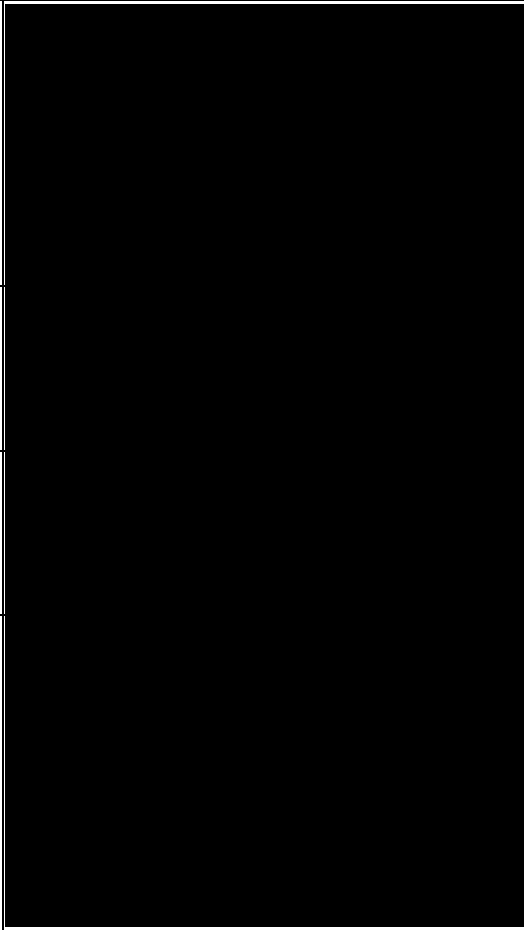
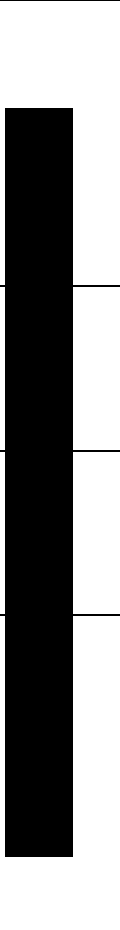
<p><u>Écart 34</u> : Le médecin responsable exerce une mission de médecin traitant et n'a pas d'activité de coordination. La mission de coordination médicale n'est actuellement pas effective.</p>	<p>D344-5-3 CASF</p>	<p><u>Prescription 34</u> : Développer un temps de coordination médicale au sein de l'établissement en recrutant un IDEC ou augmenter le temps de travail médical.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Prescription 34 maintenue</u> en l'absence de justificatifs</p>
<p><u>Écart 35</u> : L'absence de personnel médical et paramédical et/ou d'astreinte médicale et paramédicale à partir du soir  au lendemain matin  ne permet pas d'assurer de façon permanente sur l'établissement des soins médicaux et paramédicaux aux personnes accueillies.</p>	<p>R344-2 CASF</p>	<p><u>Prescription 35</u> : Mettre en place une organisation au sein de la MAS permettant d'assurer de façon permanente les soins médicaux ou paramédicaux aux personnes accueillies <i>a minima</i> une astreinte téléphonique IDE.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Prescription 35 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Écart 36</u> : Les cartons pour DASRI contiennent des déchets ne présentant pas de risque infectieux avéré ou potentiel.</p>	<p>R1335-1 CSP</p>	<p><u>Prescription 36</u> : Former le personnel aux règles de tri et de gestion des DASRI afin de garantir leur bonne utilisation conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Prescription 36 levée</u></p>

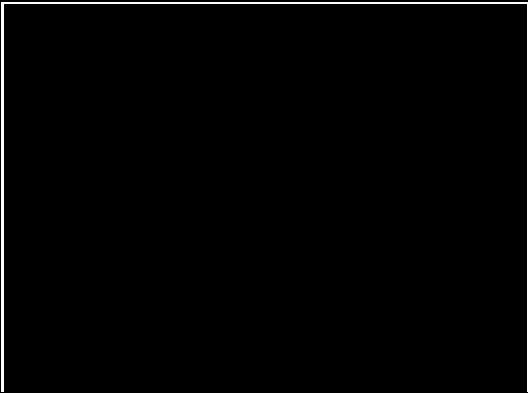

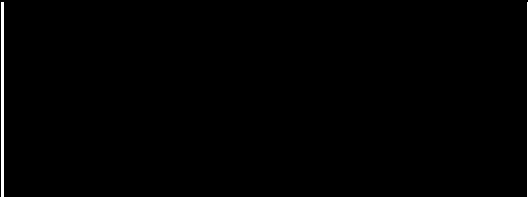

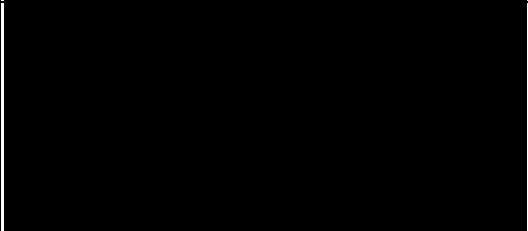

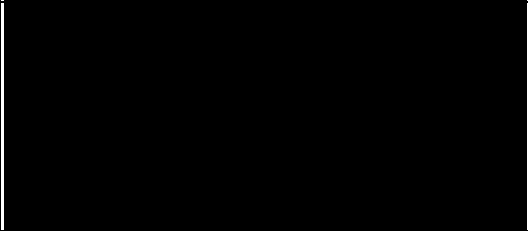

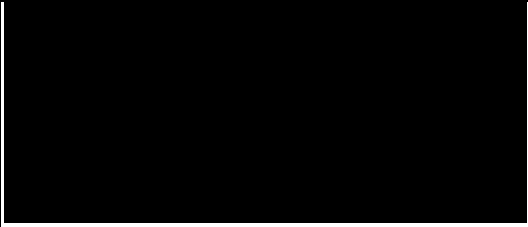

<p><u>Écart 37</u> : Le local à DASRI ne répond pas aux exigences réglementaires telles que fixées par les articles précités.</p>	<p>R1335-1 à 8 CSP</p>	<p><u>Prescription 37</u> : Mettre en conformité le local dédié à l'entreposage des DASRI, en veillant à ce qu'il respecte l'ensemble des critères réglementaires relatifs à l'hygiène, la sécurité, l'accessibilité, l'équipement et l'usage exclusif à des fins de stockage des déchets à risques.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Prescription 37</u> <u>maintenue</u></p>

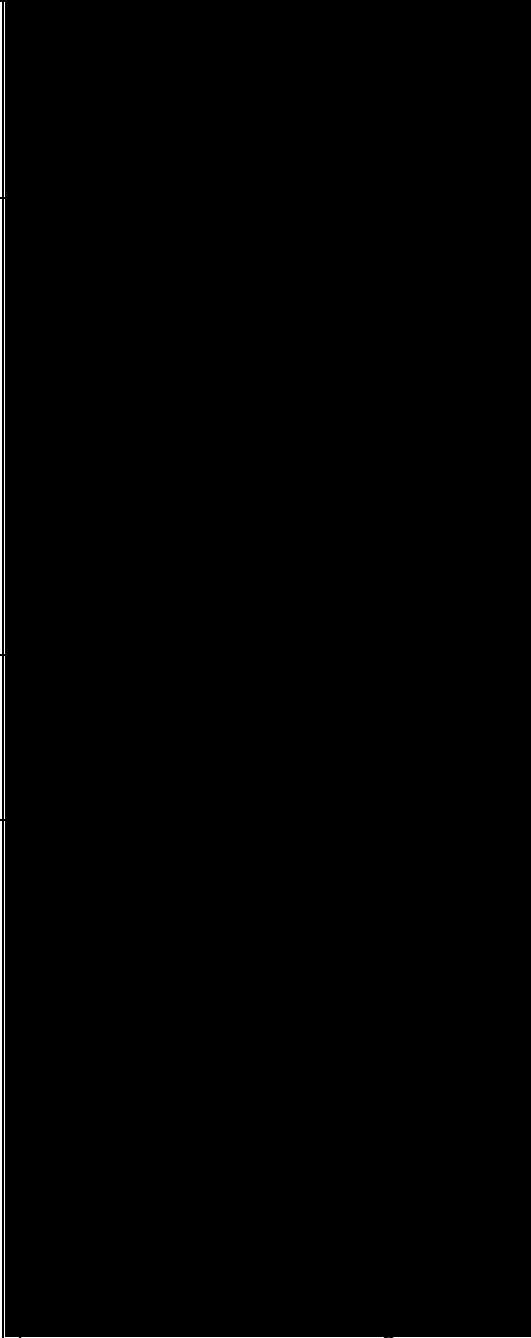

--	--	--	--	--	--	--

<p><u>Écart 38</u> : Un médicament n'appartenant pas à la classe des stupéfiants est stocké dans le coffre dédié à cet effet.</p>	R5126-109 CSP	<p><u>Prescription 38</u> : Vider le coffre de produits non stupéfiants.</p>	Immédiat		<p><u>Prescription 38 levée</u></p>
<p><u>Écart 39</u> : Malgré l'existence d'un protocole de délégation de l'administration des médicaments dans l'établissement, la mission a constaté la fréquence des erreurs d'administration avec des traitements donnés à d'autres résidents que ceux pour qui ils étaient prescrits. Cette situation, pourtant connue, n'est pas corrigée et représente un risque majeur pour la santé des résidents. Le circuit du médicament au sein de l'établissement, notamment les étapes de préparation, d'administration, de traçabilité, n'est pas de nature à garantir la sécurité des résidents.</p>	R4311-7 CSP L313-26 CASF R4311-4 CSP	<p><u>Prescription 39</u> : Sécuriser l'administration des médicaments ainsi que le circuit du médicament sur tous ses aspects, afin de garantir zéro erreur d'administration et 100 % de traçabilité.</p>	Immédiat		<p><u>Prescription 39 maintenue.</u> Les comptes rendus des réunions de fonctionnement après l'inspection font état de nombreuses erreurs médicamenteuses et de défaut de traçabilité de la dispensation. Devant la persistance d'erreurs médicamenteuse la mission demande que la délégation prévue au CSP soit suspendue et que tous les médicaments soient administrés par les IDE, d'autant plus qu'il y a renforcement IDE.</p>

<p><u>Écart 40</u> : Aucune convention signée avec un partenaire hospitalier n'a été transmise à la mission.</p>	<p>D344-5 -6 CASF</p>	<p><u>Prescription 40</u> : Contractualiser avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes en situation de handicap.</p>	<p>3 mois</p>			<p><u>Prescription 40</u> <u>maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
--	-----------------------	---	----------------------	--	--	--

Remarques	Recommandations Mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décisions de l'ARS
<u>Remarque 1</u> : Les règles d'accès aux salles équipées d'une baignoire ne sont pas précisées dans le règlement de fonctionnement.	<u>Recommandation 1</u> : Préciser les règles d'accès aux salles équipées d'une baignoire dans le règlement de fonctionnement.	3 mois			Recommandation 1 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Transmettre le règlement de fonctionnement.
<u>Remarque 2</u> : La mission d'inspection n'a pas observé de lieu dédié et elle a été informée que les familles sont accueillies dans la chambre du résident.	<u>Recommandation 2</u> : Identifier un lieu d'accueil des familles dédié, autre que la chambre du résident comme annoncé dans le projet d'établissement.	Fin 2025			Recommandation 2 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Transmettre le règlement de fonctionnement.
<u>Remarque 3</u> : Le projet d'établissement mentionne l'existence d'une balnéothérapie et d'une démarche d'accompagnement de type Snoezelen qui ne sont pas mises en œuvre.	<u>Recommandation 3</u> : Mettre à jour le projet d'établissement devant permettre le reflet de l'existant.	6 mois			Recommandation 3 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Transmettre le projet d'établissement.
<u>Remarque 4</u> : Dans le préambule, il y est indiqué que le plan bleu « <i>est un plan de gestion déclenché en cas de crise sanitaire ou météorologique avérée</i> ». Or, l'article L311-8 du CASF dispose que c'est : « <i>un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle</i> ».	<u>Recommandation 4</u> : Lors de la révision du plan bleu en 2025, mettre à jour la définition du plan bleu.	6 mois			Recommandation 4 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Transmettre le plan bleu.

<p><u>Remarque 5</u> : Le plan bleu 2024 indique qu'un plan d'évacuation sera élaboré sans en préciser les modalités.</p>	<p><u>Recommandation 5</u> : Détailler le plan d'évacuation.</p>	<p>6 mois</p>			<p><u>Recommandation 5 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Remarque 6</u> : La fiche contact de l'ARS ne comporte pas l'adresse mail d'alerte qui est la suivante : ars-oc-alerte@ars.sante.fr (et non pas ars31-alerte@ars.sante.fr).</p>	<p><u>Recommandation 6</u> : Mettre à jour le plan bleu avec l'adresse mail de la plateforme régionale des signalements (ars-oc-alerte@ars.sante.fr).</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 6 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Remarque 7</u> : L'organigramme n'est pas nominatif et n'est pas affiché dans l'établissement.</p>	<p><u>Recommandation 7</u> : Faire apparaître les noms des agents, notamment pour le personnel d'encadrement et les professionnels paramédicaux, sur l'organigramme et l'afficher au sein de l'établissement.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 7 levée</u></p>
<p><u>Remarque 8</u> : Il ressort des constats de la mission d'inspection que l'établissement a besoin de l'appui des fonctions support du siège.</p>	<p><u>Recommandation 8</u> : Au regard des dysfonctionnements significatifs constatés par la mission, il apparaît indispensable que l'établissement mobilise de manière effective et régulière les services support du siège.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 8 levée</u></p>
<p><u>Remarque 9</u> : Le contrat de travail du directeur de l'établissement stipule que son lieu de travail est situé au siège de l'Association ADAGES.</p>	<p><u>Recommandation 9</u> : Revoir les termes du contrat de travail du directeur afin de garantir sa présence régulière et visible au sein de la structure pour assurer un encadrement de proximité et renforcer la dynamique d'équipe.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Recommandation 9 maintenue</u></p>

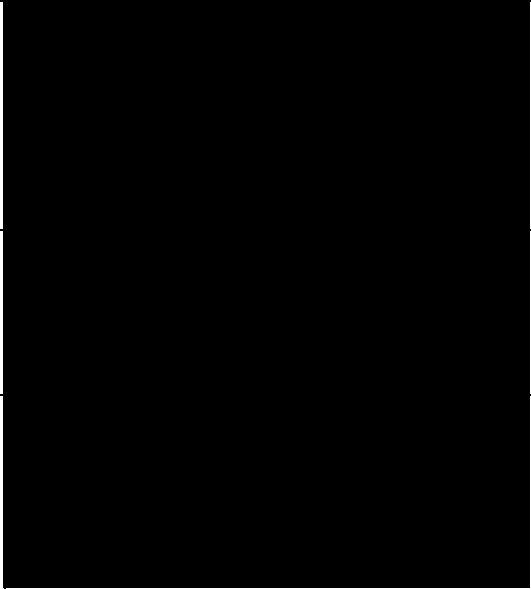
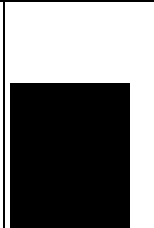
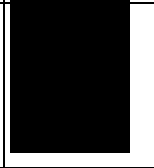

<p><u>Remarque 10</u> : Absence de fiche de poste du directeur.</p>	<p><u>Recommandation 10</u> : Transmettre la fiche de poste du directeur.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 10 levée</u></p>	
<p><u>Remarque 11</u> : La continuité de la fonction de direction n'est pas formalisée.</p>	<p><u>Recommandation 11</u> : Engager une réflexion sur la continuité de la fonction de direction en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formalisant une procédure d'astreinte, précisant les rôles, les horaires et les modalités d'intervention ; • Associant des professionnels qualifiés (notamment du secteur soin) au dispositif, selon les besoins ; • Assurant la traçabilité des appels et décisions prises durant l'astreinte. 	<p>3 mois</p>				<p><u>Recommandation 11 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Remarque 12</u> : Le roulement des astreintes de direction repose exclusivement sur deux agents d'encadrement.</p>	<p><u>Recommandation 12</u> : Faire reposer les astreintes de direction sur un ou plusieurs autres cadres supplémentaires pour sécuriser le fonctionnement de l'astreinte.</p>	<p>3 mois</p>				<p><u>Recommandation 12 levée</u></p>
<p><u>Remarque 13</u> : La communication interne et l'organisation des temps d'échanges ne sont pas organisés et ne font pas l'objet de comptes rendus.</p>	<p><u>Recommandation 13</u> : Structurer davantage la communication interne avec ordre du jour préétabli et compte-rendu systématique afin de renforcer la cohérence des actions, la circulation de l'information et l'adhésion des équipes aux orientations de l'établissement,</p>	<p>Immédiat</p>				<p><u>Recommandation 13 maintenue</u> dans l'attente de la transmission d'un justificatif.</p>

<p><u>Remarque 14</u> : La fiche de poste de la cheffe de service n'a pas été remise à la mission.</p>	<p><u>Recommandation 14</u> : Transmettre la fiche de poste de la cheffe de service.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 14 levée</u></p>
<p><u>Remarque 15</u> : L'établissement rencontre des difficultés en termes de fidélisation du personnel en raison d'un important turn-over au sein des équipes. Lutter contre le turn-over des équipes fait partie des orientations stratégiques du projet d'établissement 2021-2025 qui arrive à échéance.</p>	<p><u>Recommandation 15</u> : Engager un travail institutionnel d'analyse des causes de ce turn-over afin d'en tirer les conclusions devant lui permettre d'engager une politique RH qui soit favorable au recrutement et à la fidélisation du personnel diplômé et compétent.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 15 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Remarque 16</u> : Aucun pilote de la démarche qualité n'est identifié au sein de l'établissement.</p>	<p><u>Recommandation 16</u> : Identifier précisément un pilote de la démarche qualité au sein de l'établissement.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Recommandation 16 levée</u></p>
<p><u>Remarque 17</u> : Un plan d'amélioration continue de la qualité de la MAS a été transmis à la mission d'inspection. Toutefois, lors des entretiens, il est ressorti qu'il n'est pas connu des personnels.</p>	<p><u>Recommandation 17</u> : Veiller à associer les personnels à la mise en œuvre et au suivi du PACQ. Transmettre tout justificatif.</p>	<p>3 mois</p>			<p><u>Recommandation 17 levée</u></p>
<p><u>Remarque 18</u> : Il n'existe aucun dispositif de recueil des plaintes et réclamations des usagers.</p>	<p><u>Recommandation 18</u> : Mettre en place un dispositif de recueil des plaintes et réclamations des usagers, adapté aux capacités de communication et de compréhension des personnes accompagnées, afin de garantir leur pleine participation et</p>	<p>3 mois</p>			<p><u>Recommandation 18 levée</u></p>

	l'expression de leurs besoins ou insatisfactions.			
<u>Remarque 19</u> : L'absence d'un entretien courant rigoureux entraîne une dégradation progressive de certains espaces qui mériteraient d'être davantage personnalisés et investis par les professionnels et les résidents.	<u>Recommandation 19</u> : Veiller à l'entretien courant du bâtiment et développer la personnalisation des espaces de vie.	6 mois		<u>Recommandation 19</u> <u>maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<u>Remarque 20</u> : Les espaces permettant le retrait et l'apaisement ne sont pas adaptées et aucun protocole n'est rédigé pour encadrer leur utilisation.	<u>Recommandation 20</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Aménager ces salles dans un environnement sécurisé, sans mobilier ou équipement dangereux, avec des matériaux résistants, non traumatisants et pouvant être facilement désinfectés ; • Interdire tout usage de ces salles comme lieu de stockage, notamment de linge, de matériel ou de déchets, afin de préserver leur fonction apaisante et de garantir les conditions d'hygiène ; • Élaborer un protocole d'utilisation clair, précisant les indications, les modalités d'accès, de surveillance, de durée et de traçabilité de l'utilisation de ces espaces ; • Assurer une surveillance adaptée, directe ou indirecte, garantissant la sécurité de la personne tout en respectant son intimité ; 	6 mois		<u>Recommandation 20</u> <u>maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

	<ul style="list-style-type: none"> Former les professionnels à l'usage de ces espaces dans une logique de bienveillance et de prévention des risques. 			
<u>Remarque 21</u> : Les risques liés à la santé mentale ne sont pas abordés dans le DUERP.	<u>Recommandation 21</u> : Mettre à jour le DUERP en ce sens.	6 mois		Recommandation 21 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<u>Remarque 22</u> : Le livret d'accueil transmis à la mission n'est pas à jour : il ne reprend pas le nouvel organigramme ni la nouvelle organisation en unités de 1 à 4.	<u>Recommandation 22</u> : Mettre à jour le livret d'accueil et le transmettre à l'ARS.	3 mois		Recommandation 22 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Délai supplémentaire accordé.
<u>Remarque 23</u> : Il n'existe aucune réflexion, ni procédure, ni formation proposée au personnel sur la thématique de la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap.	<u>Recommandation 23</u> : <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la place et le respect de la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes accueillies dans le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement de l'établissement, le projet d'établissement ou de service, le projet personnalisé ; Former et sensibiliser les professionnels au droit à la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle en incluant à leurs plans de formation des modules consacrés à ces sujets. 	3 mois		Recommandation 23 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<u>Remarque 24</u> : Le protocole de gestion des événements indésirables n'est pas connu de l'ensemble du personnel et les EI, EIG ne sont pas déclarés et tracés au sein de l'établissement. Le flyer de signalement de l'ARS Occitanie n'est pas affiché.	<u>Recommandation 24</u> : Engager une démarche d'acculturation des équipes à la gestion des risques et des événements indésirables ainsi qu'à leur transmission aux autorités administratives compétentes. Le flyer doit être affiché et diffusé à l'ensemble du personnel.	Immédiat		Recommandation 24 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

<u>Remarque 25</u> : Le temps de travail médical rapporté à la mission ne correspond pas à l'organigramme transmis à la mission (ETP).	<u>Recommandation 25</u> : Clarifier le temps de présence médicale au sein de l'établissement. Transmettre une attestation RH.	Immédiat		<u>Recommandation 25 levée</u>
<u>Remarque 26</u> : Des incohérences ont été relevées par la mission d'inspection entre les prescriptions enregistrées dans le logiciel et celles présentes dans le logiciel	<u>Recommandation 26</u> : Assurer la cohérence et la mise à jour des traitements dans les différents logiciels utilisés, notamment entre le logiciel et le logiciel	Immédiat		<u>Recommandation 26 levée</u>
<u>Remarque 27</u> : Dans la pratique, la mise en œuvre et le suivi partagé des activités thérapeutiques sont peu cohérents et manquent de coordination entre équipes éducative et soignante.	<u>Recommandation 27</u> : Envisager le recrutement d'une Infirmière Coordinatrice (IDEC) afin de favoriser la cohérence, la traçabilité et la coordination entre équipes soignante et éducative dans la mise en œuvre des activités thérapeutiques.	6 mois		<u>Recommandation 27 maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<u>Remarque 28</u> : La mission d'inspection n'a pas été destinataire d'un rapport d'activité médicale annuel.	<u>Recommandation 28</u> : Établir un rapport d'activité médicale annuel. Cette action devrait être inscrite dans le PACQ.	2026		<u>Recommandation 28 levée</u>
<u>Remarque 29</u> : Le sac d'urgence n'est pas scellé et est entreposé à l'accueil de l'établissement.	<u>Recommandation 29</u> : Sceller le sac d'urgence et le placer dans un endroit accessible uniquement au personnel autorisé.	Immédiat		<u>Recommandation 29 levée</u>

<p><u>Remarque 30</u> : La MAS a connu deux urgences vitales en 2024 et 2025 qui ont entraîné le décès des résidents. Le 2^{ème} événement est survenu après la mise en œuvre d'un plan d'action incluant une reprise de la formation des professionnels aux gestes d'urgence.</p>	<p><u>Recommandation 30</u> : S'assurer en continu que les professionnels sont aptes à identifier et à gérer les situations d'urgence.</p>	<p>Immédiat et en continu</p>			<p>Recommandation 30 <u>maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><u>Remarque 31</u> : Les professionnels ne connaissent pas les protocoles en vigueur dans l'établissement.</p>	<p><u>Recommandation 31</u> : Veiller à l'appropriation des protocoles par les professionnels et mettre à jour les protocoles en vigueur dans l'établissement.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 31 <u>levée</u></p>
<p><u>Remarque 32</u> : Les prescriptions de contentions ne font pas l'objet d'un renouvellement régulier en fonction d'une analyse pluridisciplinaire.</p>	<p><u>Recommandation 32</u> : S'assurer du bénéfice-risque de la contention pour les usagers et formaliser des temps d'échanges réguliers sur leur bien-fondé de façon à adapter leur prescription par le médecin.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 32 <u>maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>