

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

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]
Réf. Interne : DUAIQ-PIC/2026-030
Date : mercredi 11 février 2026

Madame la Directrice générale
Institut Camille Miret
375 route de Lacapelle-Marival
46120 LEYME

N° PRIC : MS_2025_46_CS_03

Courrier RAR n° 2C 016 396 6793 0

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de la MAS

Objet : Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Le Chemin d'Éole » à Castelnau-Montratrier (46) : 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 Directrice générale,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de la MAS « Le Chemin d'Éole », sise 49 chemin de Cornus, Lieu-dit « Berbery » à Castelnau-Montratrier (46170), en date des 19 et 20 août 2025, je vous ai invitée, par lettre d'intention du 13 novembre 2025, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques par courrier en date du 12 décembre 2025, réceptionné le 19 décembre 2025.

Après recueil et analyse de vos observations, je vous notifie la 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 du Lot (ars-oc-dd46-direction@ars.sante.fr), en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions et des recommandations.

Le cas échéant, un contrôle d'effectivité sera organisé.

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.

.../...

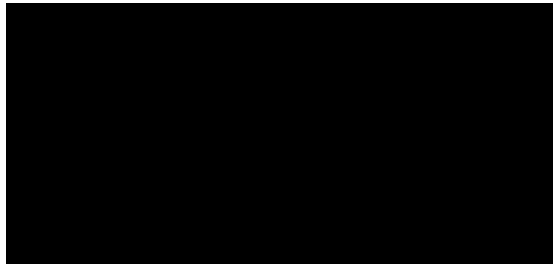
Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

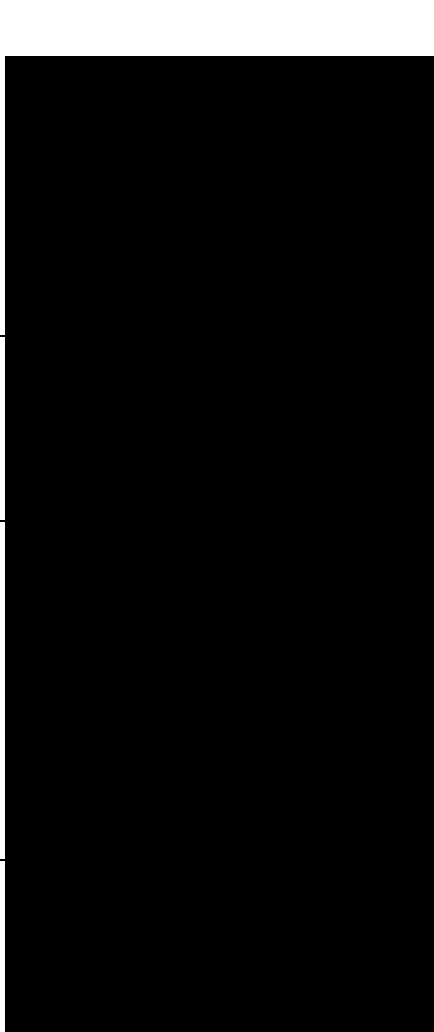
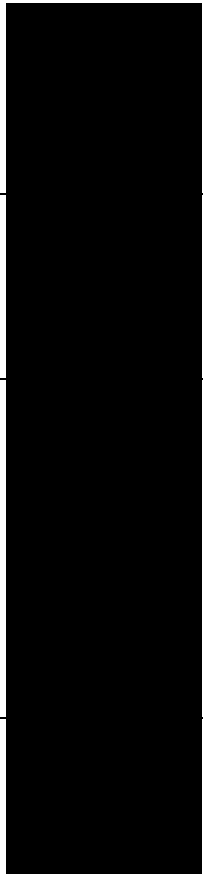
Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Le chemin d'Éole »
49 chemin de Cornus, Lieu-dit « Berbery » - 46170 Castelnau-Montratier

19 et 20 août 2025

N° PRIC : MS_2025_46_CS_03

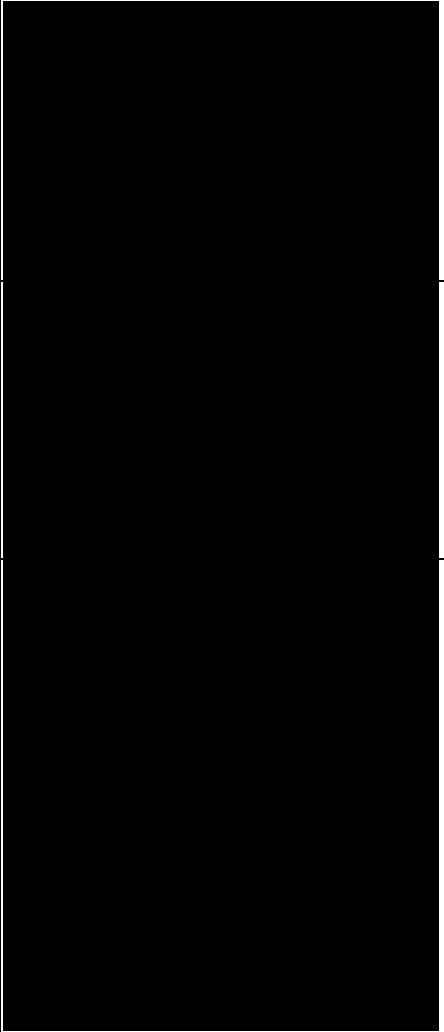

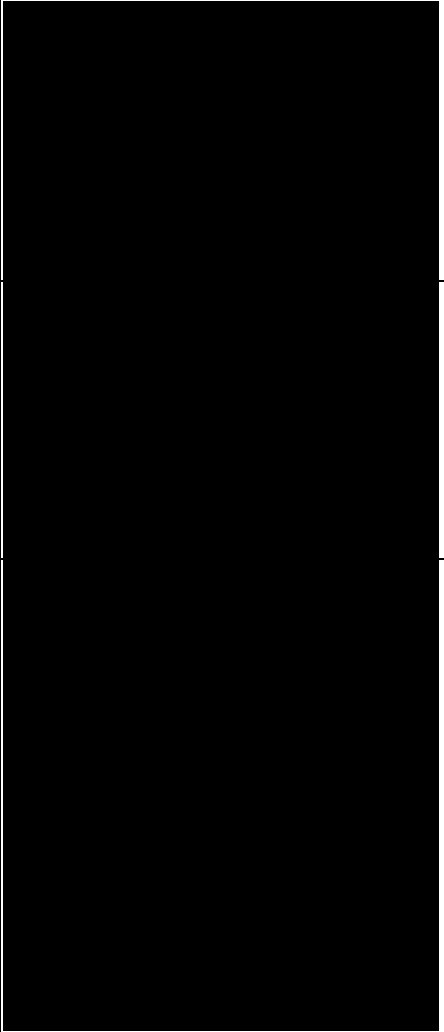
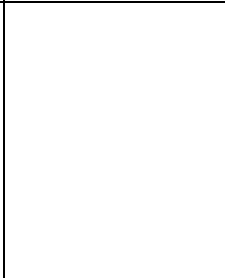
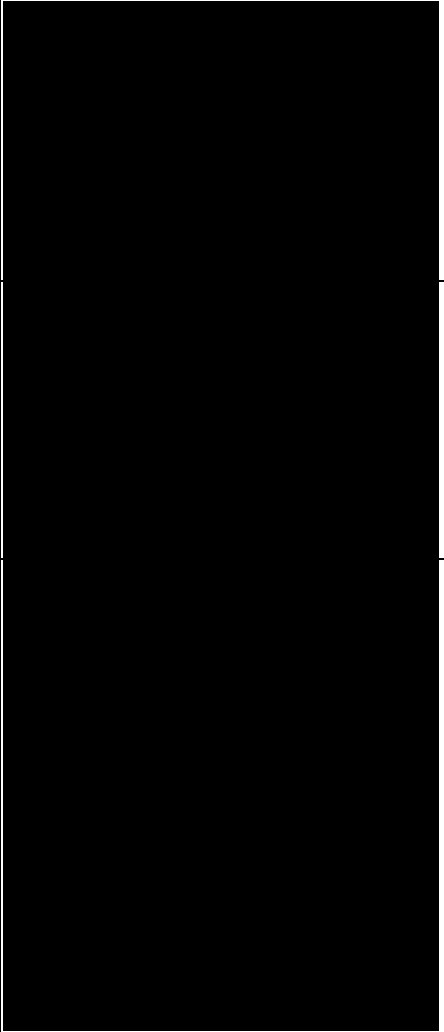
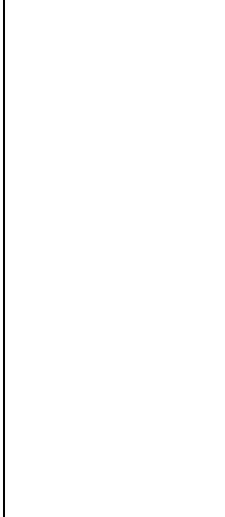
*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

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

Écarts	Rappel de la réglementation	Mesures (prescriptions) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° des Justificatifs	Décisions de l'ARS
Ecart 1 Le règlement de fonctionnement ne fait état d'aucune date de présentation aux instances dont le CVS. De plus le document n'est pas à jour et présente des informations erronées.	L311-7, R311-33 à 34-1 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3	Prescription 1 Elaborer un règlement de fonctionnement à jour de l'organisation de l'établissement et répondant aux attendus des dispositions législatives et réglementaires le concernant.	2 mois			Prescription 1 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.
Ecart 2 Le projet d'établissement n'est plus en vigueur depuis 2022. De plus il n'est pas conforme aux attendus réglementaires.	L311-8 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 3	Prescription 2 Elaborer un projet d'établissement conforme aux attendus réglementaires.	6 mois			Prescription 2 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.
Ecart 3 Les ordres du jour des réunions de CVS sont proposés par le directeur de l'établissement et non la présidence de l'instance.	L311-6, D311-3 à 32-1 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3, Fiche HAS « Conseil de la vie sociale » du 12 mai 2022	Prescription 3 Les ordres du jour des réunions de CVS doivent être proposés par la présidence de l'instance.	Immédiat			Prescription 3 levée au regard du justificatif.
Ecart 4 Tous les documents d'informations réglementairement prévus pour affichage ne sont pas affichés.	L311-4, R311-34 du CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3	Prescription 4 Afficher les documents prévus par les dispositions législatives et réglementaires.	Immédiat			Prescription 4 maintenue en l'absence de transmission d'élément de





						preuve (photo du tableau d'affichage par exemple).
<p>Ecart 5 Les dysfonctionnements graves ainsi que les EIGS ne sont pas signalés à l'ARS. De plus les EIGS ne sont pas signalés sur la plateforme nationale de signalement (signalement en deux volets)</p>	<p>L331-8-1 CASF, arrêté du 28 décembre 2016, L1413-14 et 15, R1413-68 et 69 du CSP</p>	<p>Prescription 5 Tous les dysfonctionnements graves identifiés dans la liste de l'arrêté du 28 décembre 2016 et entraînant un EIG ainsi que les EIGS doivent être déclarés sans délai à l'ARS. De plus les EIGS doivent être signalés sur la plateforme nationale de signalement (signalement 2 volets).</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 5 levée.</p>
<p>Ecart 6 Il n'existe pas de procédure spécifique de signalement et de traitement des EIGS.</p>	<p>R1413-68 et 69 CSP</p>	<p>Prescription 6 Elaborer une procédure sécurisée et opérationnelle visant à la sécurisation des EIAS et EIGS ainsi qu'à leur signalement conformément aux dispositions réglementaires. Le gestionnaire veillera à la diffusion régulière de la procédure et à son appropriation par le personnel de l'établissement, quel que soit son statut, salarié ou non.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 6 levée au regard du justificatif transmis.</p>

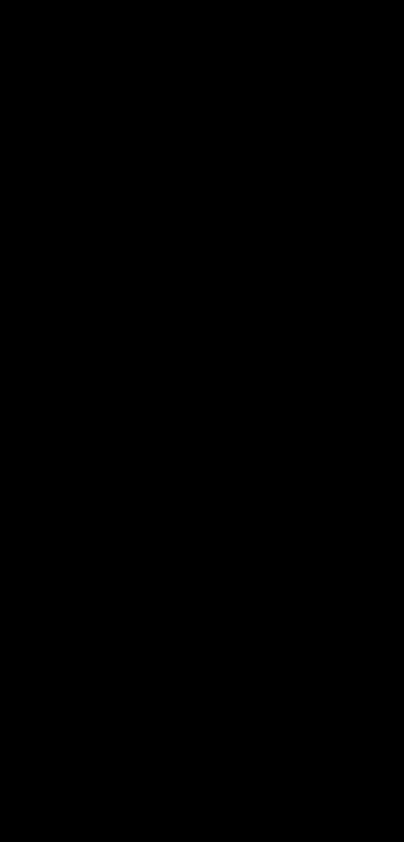
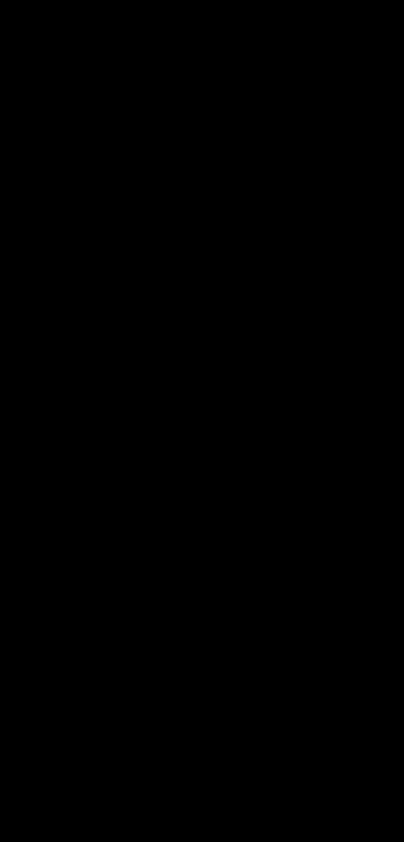
<p>Ecart 7 L'équipe pluridisciplinaire n'est pas entièrement constituée en l'absence de personnel non recruté (éducateur spécialisé, assistant de service social, auxiliaire de vie sociale) ou non remplacé (psychologue).</p>	<p>L311-3, L312-1, D 344-5-10 à 13 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p>	<p>Prescription 7 Afin de garantir la sécurité des résidents et le fonctionnement de l'établissement, le gestionnaire doit s'assurer de la constitution d'une équipe pluridisciplinaire telle que prévu par les dispositions législatives et réglementaires.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 7 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Ecart 8 L'organisation interne ne permet pas toujours d'avoir au moins un professionnel dédié par unité en journée.</p>	<p>L311-3 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p>	<p>Prescription 8 Prévoir <i>a minima</i> un professionnel dédié, socio-éducatif et/ou du soin, par unité en journée afin d'assurer la sécurité des usagers et des professionnels.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 8 maintenue.</p>
<p>Ecart 9 L'organisation interne ne permet pas d'assurer la présence d'au moins un professionnel habilité à administrer un traitement chaque jour.</p>	<p>R4311-4 CSP</p>	<p>Prescription 9 Prévoir chaque jour la présence d'un professionnel en capacité d'administrer les traitements aux usagers de l'établissement.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 9 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.</p>

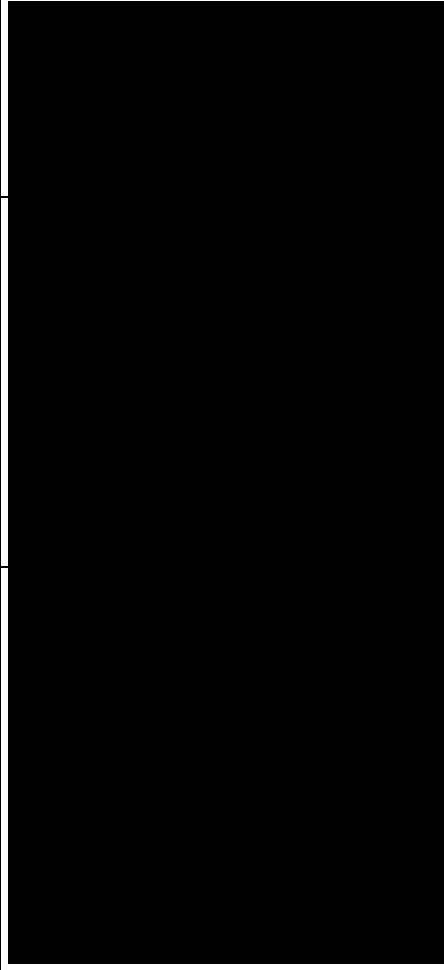

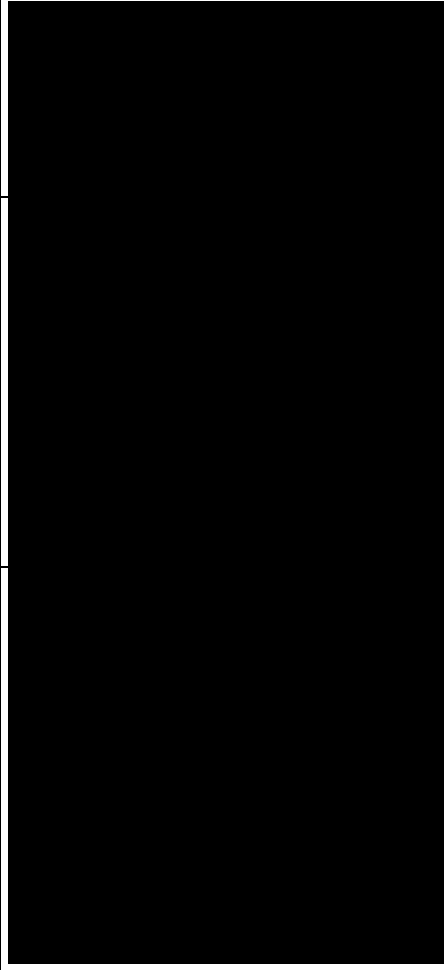
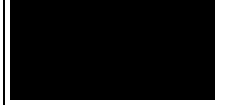
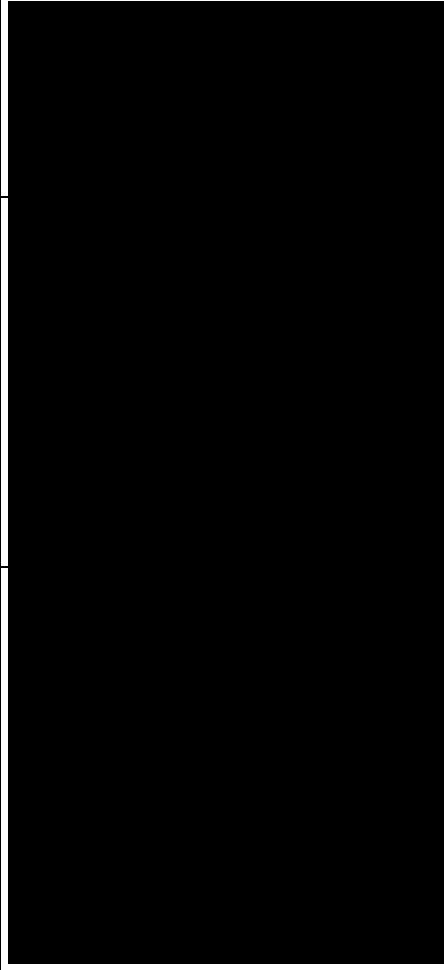
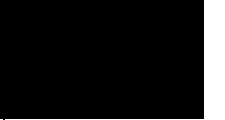
<p>Ecart 10 Absence de formations au plan de développement des compétences concernant la communication alternative et améliorée (CAA).</p>	<p>L311-3, D344-5-3, 7, 10, 11, 12 et 16 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p>	<p>Prescription 10 Au regard des besoins des personnels pour garantir l'accompagnement du public pris en charge dans l'établissement, le plan de développement des compétences de la MAS doit prévoir des formations en vue de la CAA.</p>	<p>Annuellement</p>			<p>Prescription 10 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Ecart 11 Le projet d'établissement ou de service doit prévoir les modalités d'organisation de la mission de transmission des savoirs, d'encadrement et d'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés.</p>	<p>D344-5-14 CASF</p>	<p>Prescription 11 Définir au projet d'établissement des modalités claires d'intégration des nouveaux professionnels de la structure.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Prescription 11 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Ecart 12 La préservation de l'intimité et le respect de la vie privée ne sont pas garantis dans certaines chambres.</p>	<p>L311-3 CASF, L1110-4 CSP Charte des droits et libertés de la personne accueillies art. 12</p>	<p>Prescription 12 Le gestionnaire doit garantir le respect de l'intimité et de la vie privée de chacune des chambres des personnes accueillies. Les chambres doivent être toutes équipées d'un dispositif partiellement occultant (film, rideaux...) permettant le respect de l'intimité et de la vie privée en plein jour sans avoir besoin de fermer les volets.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 12 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

<p>Ecart 13 Le règlement de fonctionnement n'est pas annexé au livret d'accueil.</p>	<p>L311-4 CASF, charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 3</p>	<p>Prescription 13 Annexer le règlement de fonctionnement au livret d'accueil.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 13 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Ecart 14 Les familles ne sont pas identifiées dans le cadre de l'élaboration du PPA et de sa finalisation.</p>	<p>L311-3-3°, L311-3-7, D344-5-4-3 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 2 et 3</p>	<p>Prescription 14 Associer les familles à l'élaboration du PPA et sa finalisation.</p>	<p>Annuellement a minima et pour chacun des PPA</p>			<p>Prescription 14 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Écart 15 L'accompagnement socio-éducatif ne correspond pas aux attendus réglementaires.</p>	<p>D 344-5-3 et D344-5-12 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2 Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)</p>	<p>Prescription 15 Repenser le management et l'accompagnement socio-éducatif, en cohérence avec les attendus du projet d'établissement et les attendus réglementaires. Le formaliser dans les projets personnalisés des personnes accueillies.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 15 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Ecart 16 La mission constate le déficit et/ou la non-utilisation de moyens de communication adaptés installés dans l'établissement, pour tous les publics accueillis.</p>	<p>L311-3-3°, L311-3-7 ; D344-5-2, D344-5-4-3° du CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p>	<p>Prescription 16.a Engager une réflexion en équipe concernant l'utilisation des outils de communication, qu'il s'agisse des panneaux de communication ou d'autres outils, notamment les tablettes CAA, en n'excluant pas des rapprochements de professionnels avec des établissements ayant investi dans ce matériel.</p> <p>Prescription 16.b</p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription 16 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure. Délai accordé à la demande de l'inspecté : 31 décembre 2026</p>

		Maintenir les acquis professionnels en termes de communication adaptée, notamment par la formation (mini formations et plan de formation)	3 mois pour les mini formations, année 2025 et suivantes pour plan de formation			
Ecart 17 L'établissement n'a pas engagé une organisation liée à la prise en compte de la vie relationnelle, intime, affective et sexuelle (VRIAES) des usagers.	L311-3 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences. 5 juillet 2021	Prescription 17 Engager des groupes de travail au sein de l'établissement afin de déployer des actions en vue de déployer une réflexion puis une organisation dédiée à la vie relationnelle, intime, affective et sexuelle des résidents.	3 mois			Prescription 17 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.
Ecart 18 L'établissement n'a pas formalisé la transmission systématique des éléments suivants en cas de rendez-vous médical ou d'hospitalisation : ○ Une fiche exposant de façon simple les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le	D344-5-8 CASF	Prescription 18 L'établissement doit formaliser les éléments médicaux et paramédicaux nécessaires à transmettre en cas de rendez-vous médical ou d'hospitalisation afin de garantir la transmission				Prescription 18 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.

<p>type de handicap présenté par la personne ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne ; ○ Une fiche de liaison paramédicale indiquant les soins quotidiens et les éventuelles aides techniques dont la personne a besoin ; ○ Une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propres à la personne. 		<p>de l'information et la continuité de l'accompagnement de ses résidents.</p>	<p>Immédiat</p>				
<p>Ecart 19 Le secret médical des informations relatives aux résidents n'est pas respecté.</p>	<p>L1110-4 CSP</p>	<p>Prescription 19 L'établissement doit sécuriser l'accès aux archives médicales aux seuls professionnels de santé.</p>	<p>Immédiat</p>				<p>Prescription 19 levée au regard de la modification apportée.</p>
<p>Ecart 20 L'établissement ne rend pas lisible les actions d'appropriation des bonnes pratiques et d'évaluation de la qualité des soins. L'établissement, en ne proposant pas d'outils de communication, ne permet pas une participation sociale et l'interaction des résidents dans le soin.</p>	<p>L311-3, D344-5-3 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p>	<p>Prescription 20 L'établissement doit planifier des actions de sensibilisation aux bonnes pratiques et mettre en place des actions d'évaluation. Il doit renforcer son action concernant la participation sociale des résidents.</p>	<p>3 mois</p>				

<p>Ecart 21 Les prises en charge de symptômes ou affections propres à la population accueillie ne sont pas formalisées et ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques. L'absence de protocoles ne permet pas de garantir la qualité de prise en charge des résidents.</p>	<p>(L311-3 CASF, Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Maladie de Huntington – Centre de référence National – Septembre 2021) – Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Générique Polyhandicap- 11 mai 2020)</p>	<p>Prescription 21 Le gestionnaire de l'établissement doit formaliser des protocoles de soins pour les troubles et affections présentés par la population accueillie et s'assurer de leur appropriation par les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédure de prise en charge des troubles de la déglutition • Protocole de lutte contre la dénutrition et la déshydratation • Procédure de prévention des chutes • Procédure pour les comportements-problèmes avec fiches individuelles • Protocole crises convulsives 	<p>1 mois</p>			<p>Prescription 21 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Ecart 22 Les prescriptions ne précisent pas les modes d'emploi particuliers des médicaments.</p>	<p>R5132-3 CSP</p>	<p>Prescription 22 Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la mise en conformité des prescriptions de médicaments en veillant à ce que tout mode d'emploi particulier (aide à la prise, écrasement de comprimés, ouverture de gélules...) y soit mentionné.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 22 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

<p>Ecart 23 Le libellé de la prescription ne permet pas de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.</p>	<p>L313-26 CASF</p>	<p>Prescription 23 Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de l'encadrement de l'aide à la prise du médicament par un libellé de prescription mentionnant ou non s'il s'agit d'un acte de la vie courante.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 23 levée.</p>
<p>Ecart 24 L'absence de protocoles datés et signés par le médecin ne permet pas de sécuriser l'intervention de l'IDE en cas de situation reconnue comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique.</p>	<p>R4311-14 CSP</p>	<p>Prescription 24 Le gestionnaire de l'établissement doit s'assurer de la formalisation de protocoles datés et signés par le médecin pour permettre aux IDE de les mettre en œuvre devant toute situation d'urgence en l'absence du médecin.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 24 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.</p>
<p>Ecart 25 La convention avec l'officine de ville est obsolète et ne décrit pas l'ensemble des attendus.</p>	<p>L1111-23, L5126-10, R5125-48 et 49, R5126-107 CSP</p>	<p>Prescription 25 L'établissement doit actualiser la convention passée avec l'officine de ville et veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • décrire les modalités de détention, • détailler : <ul style="list-style-type: none"> - les modalités de transmission en veillant à la sécuriser (messagerie sécurisée) <p>l'alimentation du dossier pharmaceutique par le pharmacien</p>	<p>1 mois</p>			<p>Prescription 25 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

		- les modalités de détention des produits de santé				
Ecart 26 Du personnel faisant-fonction d'AS administre des médicaments.	R4311-4 CSP	Prescription 26 La direction de l'établissement doit s'assurer que seules les catégories de personnels définies par l'article R4311-4 du CSP participent à l'administration / l'aide à la prise des médicaments.	Immédiat			Prescription 26 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.
Ecart 27 Il n'existe pas de protocoles de soins infirmiers pour les situations relevant de leur rôle propre.	R4311-3 CSP	Prescription 27 L'établissement doit veiller à encadrer la collaboration avec l'IDE par des protocoles de soins infirmiers permettant d'identifier les besoins de la personne, de poser un diagnostic infirmier, et de formuler des objectifs de soins, pour mise en œuvre des actions appropriées et évaluation.	Immédiat			Prescription 27 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.
Ecart 28 La collaboration avec l'IDE/ AS-AES ne s'inscrit pas dans le cadre de protocoles de soins infirmiers.	R4311-4 CSP	Prescription 28 L'établissement doit veiller à encadrer la collaboration avec l'IDE par des protocoles de soins infirmiers permettant d'identifier les besoins de la personne, de poser un diagnostic infirmier, et de formuler des objectifs de soins, pour mise en œuvre des actions appropriées et évaluation.	Immédiat			Prescription 28 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.

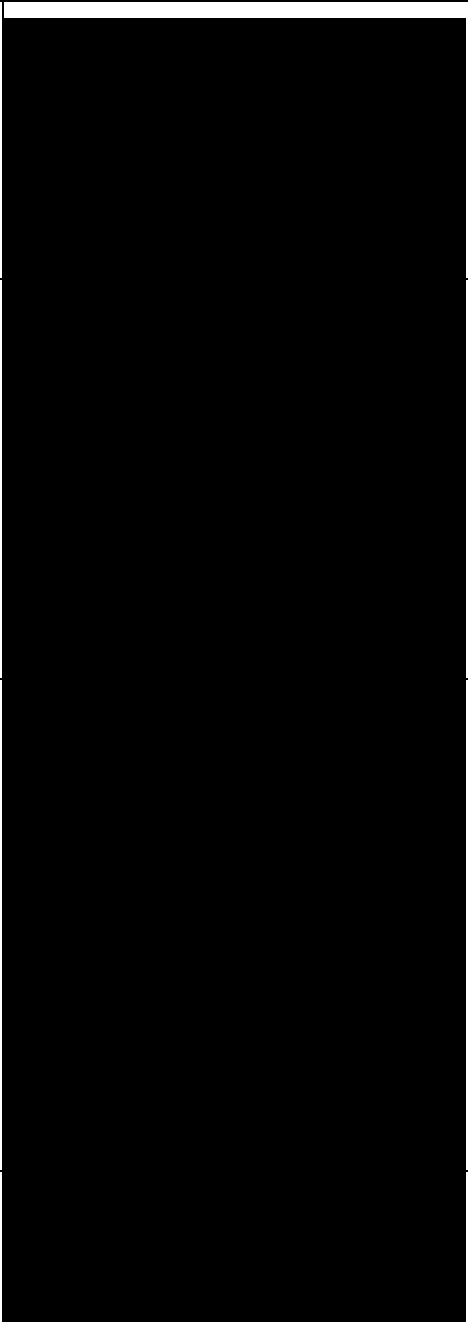
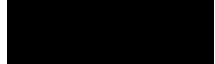
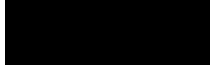

<p>Ecart 29 La systématisation de l'aide à la prise des médicaments dans l'unité [REDACTED] ne permet pas de réserver cette collaboration aux seuls traitements qui ne présentent ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Les prescriptions de médicaments ne comprennent pas la mention « acte de la vie courante ».</p>	<p>L313-26 CASF</p>	<p>Prescription 29 La direction de l'établissement doit veiller à encadrer les pratiques de l'aide à la prise du médicament en individualisant les indications d'aide à la prise et en s'assurant de l'existence de prescriptions mentionnant « Acte de la vie courante ».</p>	<p>Immédiat</p>	[REDACTED]		<p>Prescription 29 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Ecart 30 La concordance entre la prescription et les doses préparées n'est pas systématiquement vérifiée au moment de l'administration.</p>	<p>R4312-38 CSP</p>	<p>Prescription 30 La direction de l'établissement doit s'assurer de la vérification systématique de la concordance entre la prescription et les doses préparées au moment de l'administration.</p>	<p>Immédiat</p>		[REDACTED]	<p>Prescription 30 levée au regard des précisions apportées.</p>

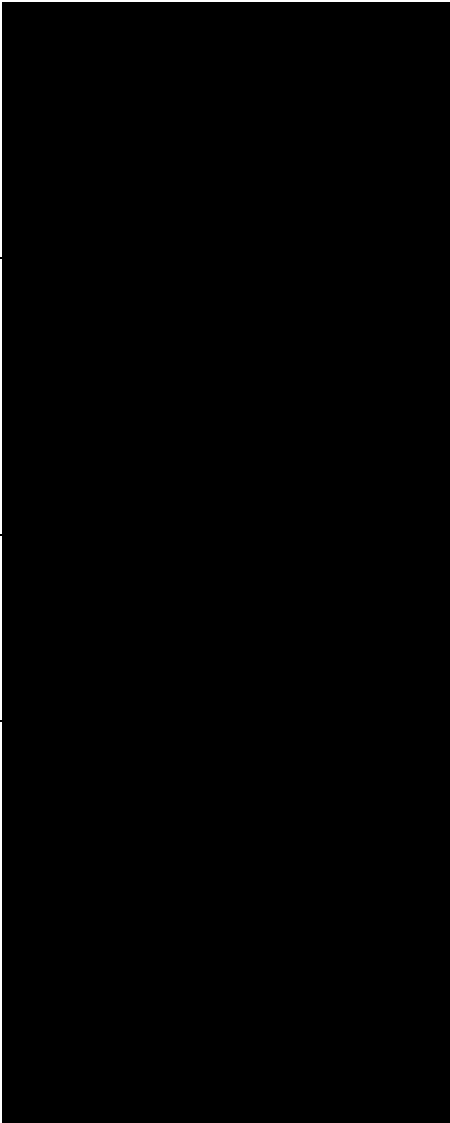
Remarques	Mesures (recommandations) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° des justificatifs	Décisions de l'ARS
<p>Remarque 1 Le gestionnaire a circonscrit des places polyhandicap pour l'accueil exclusif de personnes atteintes de chorée de Huntington au sein de la MAS, ce qui restreint les capacités d'accueil de personnes</p>	<p>Recommandation 1 Procéder à une évaluation partagée avec les services de l'ARS concernant les besoins du territoire afin de confirmer la spécialisation de l'établissement liée à la chorée de</p>	<p>3 mois</p>	[REDACTED]		<p>Recommandation 1 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

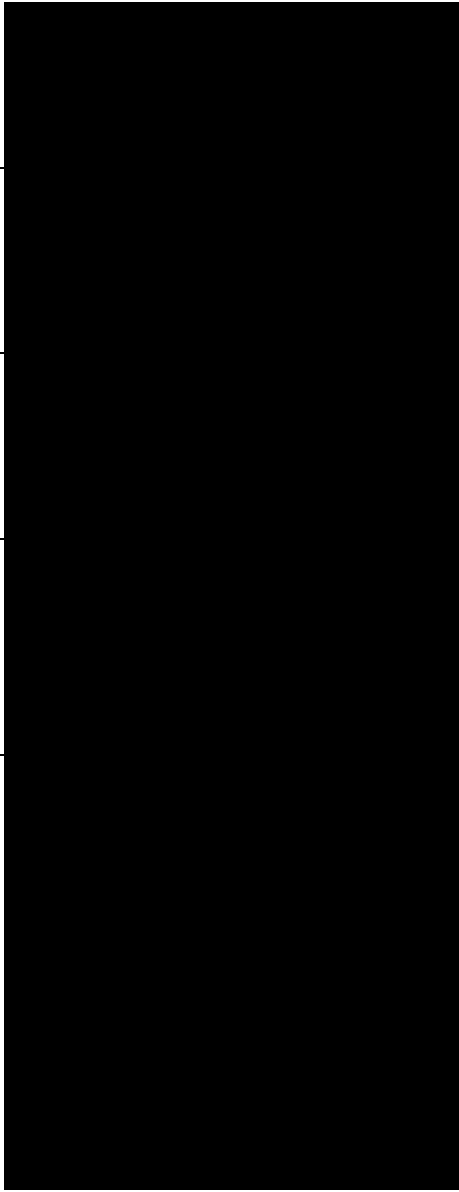


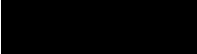
<p>polyhandicapées au sein du territoire, notamment en l'absence d'autorisation spécifique de l'établissement liée à la chorée de Huntington.</p>	<p>Huntington ainsi que le nombre de places dédiées.</p>				
<p>Remarque 2 L'établissement accueille des résidents qui pourraient relever d'un autre établissement.</p>	<p>Recommandation 2 Procéder à une évaluation des capacités d'autonomie des résidents ou susceptibles de relever d'un autre type d'établissement et les réorienter selon leurs besoins vers des établissements plus à même de correspondre à leurs capacités, à savoir en FAM, FO ou EHPAD</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 2 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 3 L'organigramme de l'établissement ne correspond pas à la réalité du fonctionnement de l'établissement. Le nombre total des fonctions en ETP n'apparaît pas. De plus les professionnels absents ou non recrutés ne sont pas signalés.</p>	<p>Recommandation 3 Elaborer un organigramme reflétant l'organisation précise et objective de l'établissement.</p>	<p>1 mois</p>			<p>Recommandation 3 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure</p>

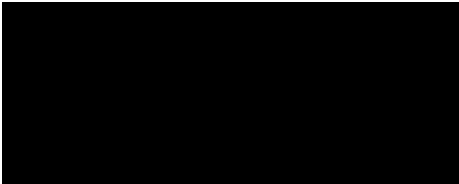
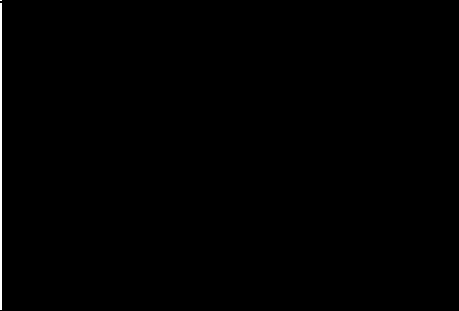
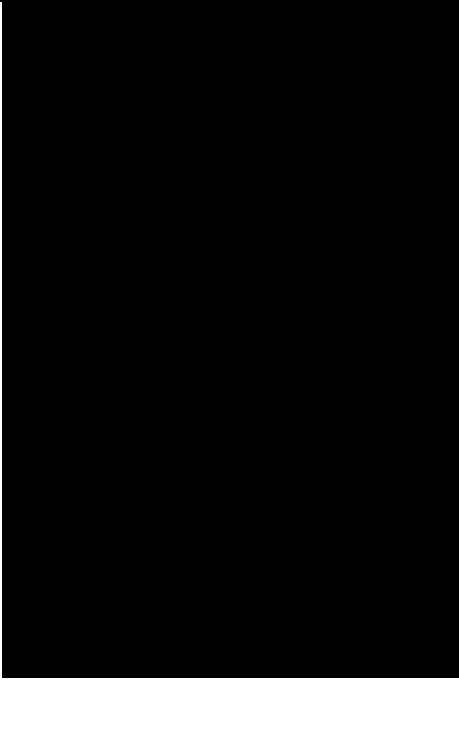
<p>Remarque 4 Le DUD transmis signale qu'il est donné au directeur de transition. Or le directeur en poste n'est plus directeur de transition.</p>	<p>Recommandation 4 Mettre à jour le DUD au regard du titre du directeur.</p>	<p>1 mois</p>			<p>Recommandation 4 levée au regard du document transmis.</p>
<p>Remarque 5 Aux jours de l'inspection, la mission constate l'absence de subdélégations permettant la continuité de la MAS en toute légalité pour l'établissement et en toute sécurité pour les professionnels</p>	<p>Recommandation 5 Le gestionnaire doit prévoir des subdélégations permettant la continuité de la MAS en toute légalité pour l'établissement et en toute sécurité pour les professionnels.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 5 levée.</p>
<p>Remarque 6 L'enquête de satisfaction lancée au 1er semestre 2024 à destination des résidents ainsi que des familles et représentants légaux n'est pas évoquée dans les PV de comptes rendus de CVS dont ceux de décembre 2024 et mars 2025. Il en est de même pour le plan d'actions élaboré suite à l'enquête de satisfaction.</p>	<p>Recommandation 6 Associer le CVS pour toutes les actions visant les axes d'amélioration de la vie dans l'établissement. Présenter le plan d'action projeté, les délais et l'état d'avancement.</p>	<p>Annuellement</p>			<p>Recommandation 6 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 7 Absence d'enquête de satisfaction annuelle régulière. Absence de plan d'action au regard de certains résultats peu ou pas satisfaisants. L'enquête de satisfaction de 2024 n'est pas en FALC.</p>	<p>Recommandation 7 Engager un groupe de travail associant des résidents, des professionnels, des familles et représentants légaux afin de proposer un format adapté d'enquêtes de satisfaction. Associer le CVS. Identifier les questions les plus opportunes ainsi que le format de cette enquête le plus adapté, pour les résidents comme pour les familles / représentants légaux. Réaliser une enquête annuellement, a minima. Analyser les réponses. Afficher le résultat de l'enquête sur le panneau d'affichage. Présenter le</p>	<p>Annuellement</p>			<p>Recommandation 7 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

	<p>résultat de l'enquête, son analyse et son plan d'action au CVS. Evaluer la qualité de la communication liée à cette enquête.</p>				
<p>Remarque 8 Le dispositif de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers et des familles n'est pas opérationnel. De plus il ne garantit pas l'anonymat.</p>	<p>Recommandation 8 Mettre à disposition un dispositif de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers et des familles, opérationnel et garantissant l'anonymat.</p>	1 mois			<p>Recommandation 8 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.</p>
<p>Remarque 9 L'organisation du CSE ne correspond pas aux attendus de l'article L2313 du code du travail</p>	<p>Recommandation 9 Mettre en place un CSE d'établissement en sus du CSE central conformément à l'article L2313 du code du travail afin d'assurer la représentation de tous les salariés.</p>	6 mois			<p>Recommandation 9 levée.</p>
<p>Remarque 10 Les professionnels ne sont pas au fait de la procédure de signalement en interne et des possibilités de signalement en externe.</p>	<p>Recommandation 10 Engager des formations à destination des professionnels de l'établissement, salariés et non-salariés, afin de rappeler :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différentes possibilités de signalement en interne • Les différentes possibilités de signalement en externe (ARS, 3977, procureur de la République, et tous les canaux de signalements identifiés) • Les responsabilités engagées en cas de non-signalement et notamment en rappelant les dispositions de l'article 434-3 du code pénal 	6 mois puis régulièrement			<p>Recommandation 10 levée au regard des précisions apportées.</p>

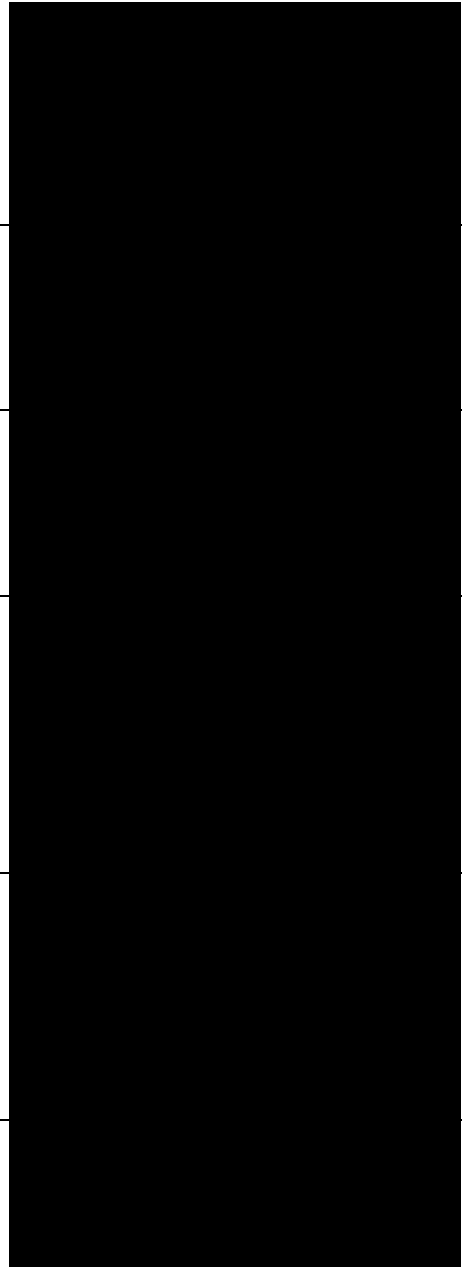
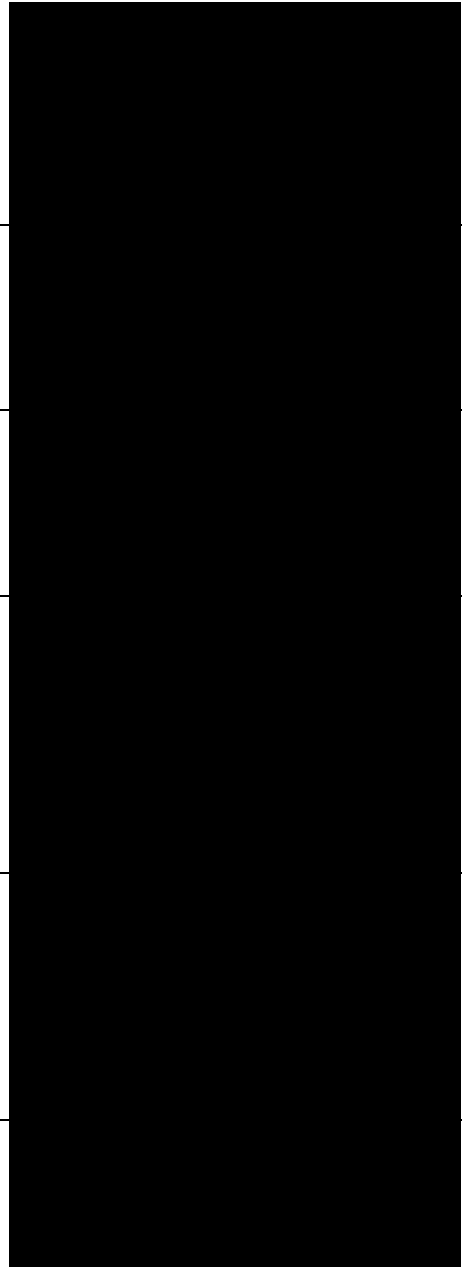
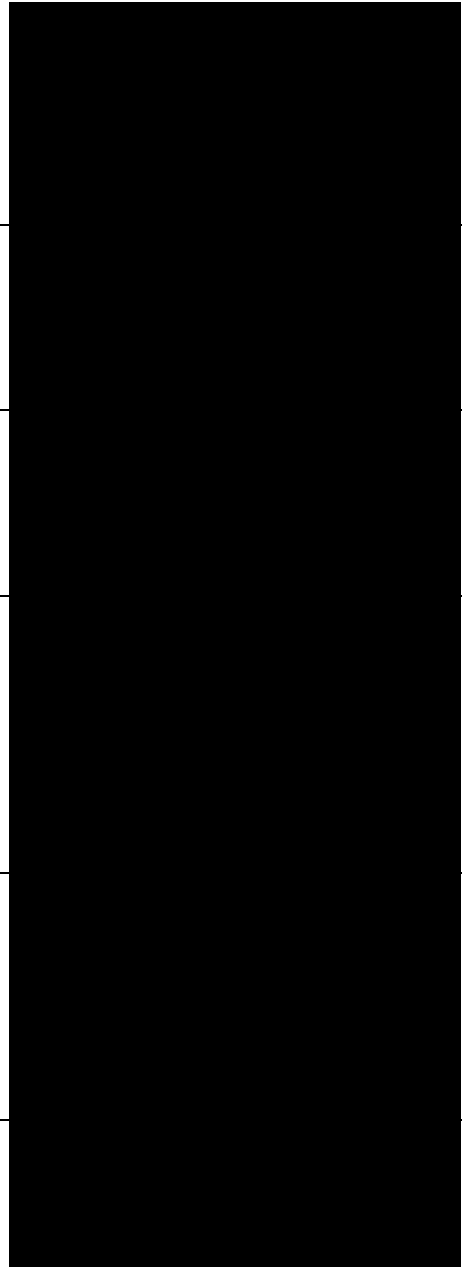
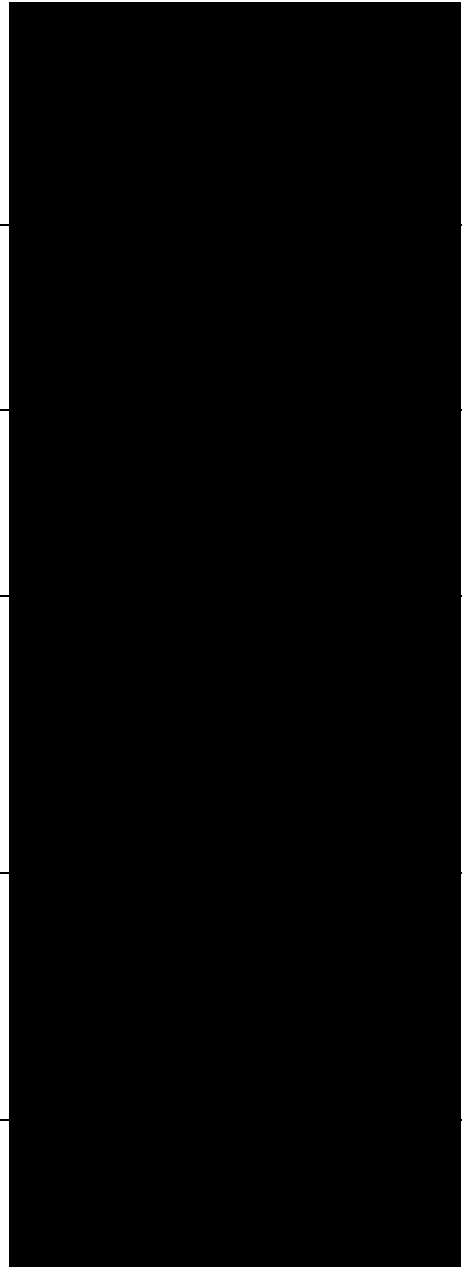
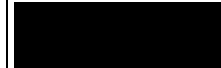
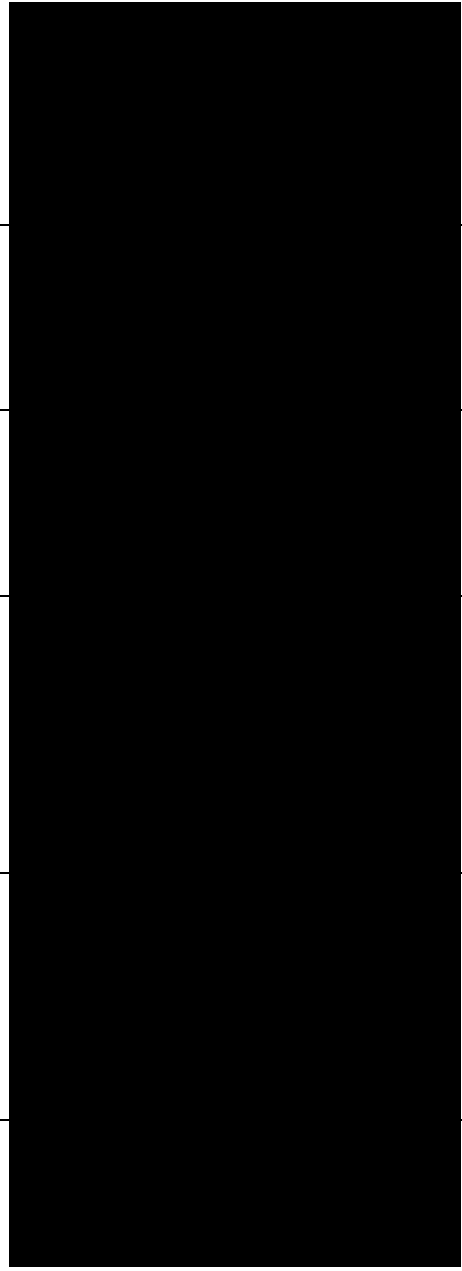
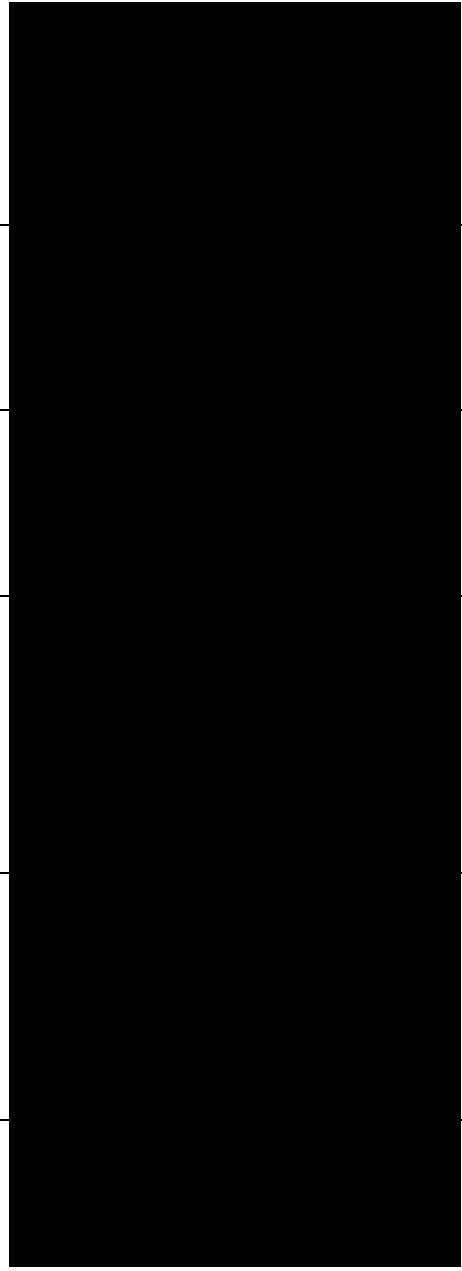
<p>Remarque 11 Le plan bleu conforme aux dispositions législatives et réglementaires n'a pas été remis à la mission.</p>	<p>Recommandation 11 Elaborer un plan bleu conformément aux dispositions législatives et réglementaires</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 11 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure. Pour rappel, le plan bleu doit être annexé au projet d'établissement validé.</p>	
<p>Remarque 12 Il n'existe pas de réelle programmation et mise en œuvre d'activité physique adaptée (APA) pour l'ensemble des résidents et dans toutes les maisons (unités) dans le cadre de l'accompagnement socio-éducatif, en cohérence avec les attendus du projet d'établissement et les projets personnalisés des personnes accueillies.</p>	<p>Recommandation 12 Elaborer une mise en œuvre de l'APA afin de rendre effective la proposition de cette activité adaptée pour l'ensemble des résidents (APA) et dans toutes les maisons (unités) dans le cadre de l'accompagnement socio-éducatif, en cohérence avec les attendus du projet d'établissement et les projets personnalisés des personnes accueillies.</p>	<p>3 mois</p>				<p>Recommandation 12 levée.</p>
<p>Remarque 13 Des GAPP sont réalisés en fonction des circonstances seulement.</p>	<p>Recommandation 13 Instaurer des GAPP programmés de façon régulière.</p>	<p>Immédiat</p>				<p>Recommandation 13 levée au regard des précisions apportées. Il est rappelé que le soutien du personnel est une obligation réglementaire en MAS. L'action de soutien doit donc se renouveler de façon régulière annuellement et d'une année sur l'autre afin de toucher un maximum de professionnels.</p>
<p>Remarque 14 Absence de cohérence dans l'organisation des entretiens professionnels.</p>	<p>Recommandation 14 Réfléchir à une nouvelle organisation des entretiens professionnels.</p>	<p>3 mois</p>				<p>Recommandation 14 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

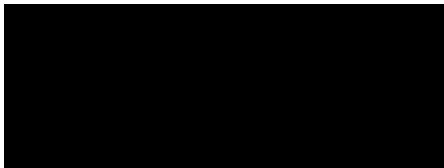
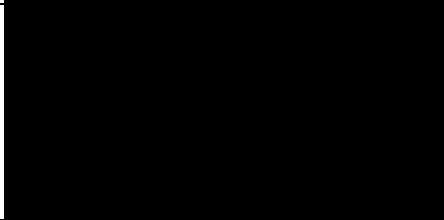
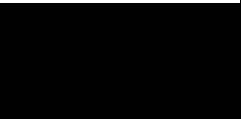
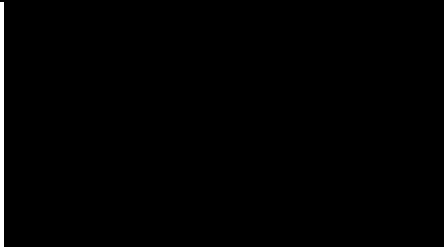
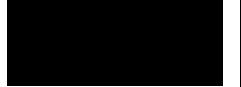
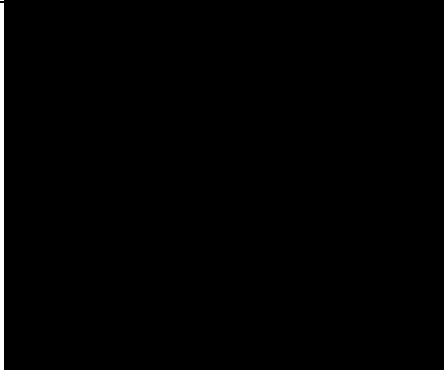
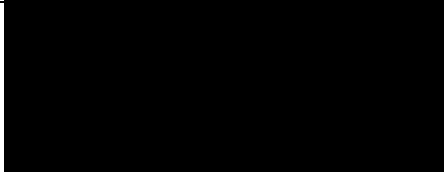
<p>Remarque 15 Les fiches de postes aide-soignant et AMP/ AES comportent chacune des incohérences qui ne favorisent pas l'opérationnalité des missions des professionnels concernés</p>	<p>Recommandation 15 Elaborer des fiches de postes pour lesquelles la cohérence contribuera à garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité des missions.</p>	<p>1 mois</p>			<p>Recommandation 15 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure. Délai accordé au regard de la demande de l'inspecté : 2 mois</p>
<p>Remarque 16 Les fiches de postes ne sont pas connues par les professionnels et ne sont pas présentées au moment de l'entretien annuel.</p>	<p>Recommandation 16 Afin que les professionnels identifient les missions contenues dans leur fiche de poste, présenter la fiche de poste lors de chaque entretien professionnel qui se réalise annuellement au sein de l'établissement.</p>	<p>Annuellement</p>			<p>Recommandation 16 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 17 Les bulletins n°3 extraits du casier judiciaire ne sont pas demandés à intervalles réguliers.</p>	<p>Recommandation 17 Vérifier à intervalles réguliers la compatibilité des casiers judiciaires des personnels et autres intervenants.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 17 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 18 Le plan de développement des compétences n'est pas à la hauteur des attendus au regard du budget alloué.</p>	<p>Recommandation 18 Accroître l'effort de formation au regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des besoins des professionnels pour garantir le meilleur accompagnement du public accueilli • Du budget alloué. 	<p>Annuellement</p>			<p>Recommandation 18 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure. Il est rappelé que le montant du plan de développement des compétences doit être calculé et construit à partir de la masse salariale brute annuelle de l'établissement.</p>

<p>Remarque 19 Le DUERP pour l'année 2025 et le PAPRI Pact lié n'ont pas été transmis.</p>	<p>Recommandation 19 Elaborer le DUERP annuellement en y annexant le PAPRI Pact. Présenter le document au CSE comme prévu par les dispositions du code du travail.</p>	<p>Annuellement</p>			<p>Recommandation 19 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 20 Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission d'exercices d'évacuation en urgence.</p>	<p>Recommandation 20 Réaliser des exercices d'évacuation en urgence.</p>	<p>Annuellement</p>			<p>Recommandation 20 levée au regard de la précision apportée et du justificatif transmis.</p>
<p>Remarque 21 Le livret d'accueil n'est pas à jour.</p>	<p>Recommandation 21 Mettre à jour le livret d'accueil.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 21 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.</p>
<p>Remarque 22 Le livret d'accueil existe. Pour autant, des documents ne sont pas présents en annexes.</p>	<p>Recommandation 22 Prévoir en annexe du livret d'accueil les deux documents : la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que le règlement de fonctionnement.</p>	<p>1 mois</p>			<p>Recommandation 22 maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.</p>
<p>Remarque 23 L'absence de procédure de contention propre à l'établissement et au public accueilli ne respecte pas les recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de novembre 2004 (liberté d'aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité), notamment la recherche d'alternatives systématiques et l'appréciation du danger pour la personne et les tiers.</p>	<p>Recommandation 23 Rédiger une procédure « Mise sous contention » pour la MAS en inscrivant la concertation pluridisciplinaire dans la recherche d'alternatives à la contention et en veillant à identifier les risques de la contention et à l'application de cette procédure.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 23 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

<p>Remarque 24 La procédure d'admission et de fin de prise en charge manque globalement de précisions, mais également d'éléments concernant les évolutions récentes de l'activité.</p>	<p>Recommandation 24 Correction et adjonction de la procédure d'admission conformément aux points mis en avant par la mission d'inspection</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 24 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 25 Absence de bilans rédigés par chacun des professionnels participant au PPA</p>	<p>Recommandation 25 Afin de garantir l'engagement de chacun des professionnels dans le cadre de son observation propre pour le PPA ainsi que la pertinence et l'objectivité des remarques, des bilans écrits par chacun des professionnels participant au projet est recommandée.</p>	<p>Annuellement a minima et pour chaque PPA</p>			<p>Recommandation 25 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 26 Les PAP sont difficilement évaluables notamment en l'absence de précisions dans la temporalité, l'identification des intervenants ainsi que des indicateurs qui permettent l'évolution et donc l'évaluation et/ou la réévaluation au besoin des actions mises en œuvre. La planification et le séquençement précis des actions à mettre en œuvre n'apparaissent pas.</p>	<p>Recommandation 26 Le gestionnaire doit veiller à la rédaction des PAP en portant une vigilance particulière sur la précision des projets en faisant apparaître des informations suffisamment explicites concernant le séquençement des actions, l'identification des intervenants et les indicateurs qui permettront précisément l'évaluation ou la réévaluation au besoin. Les professionnels doivent être acculturés à cette exigence de précision. Les professionnels peuvent être accompagnés par des formations expertes qui reprendront les RBPP HAS / ANESM concernant la construction des projets personnalisés d'accompagnement.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 26 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

<p>Remarque 27 L'équipement de salle sensorielle et son utilisation ne sont pas optimisés. Le planning ne signale aucune plage d'occupation pour les résidents de l'unité [REDACTED] (chorée de Huntington).</p>	<p>Recommandation 27 Engager une réflexion en équipe sur l'optimisation de la salle sensorielle, en visant l'amélioration de son équipement et de son occupation, notamment par l'ensemble de toutes les unités de l'établissement.</p>	<p>3 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation 27 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 28 L'absence de procédure écrite relative aux modalités d'intervention du médecin de la MAS en cas d'urgence et/ou absence du médecin traitant ne permet pas d'assurer la continuité des soins et ne garantit pas le respect de la déontologie.</p>	<p>Recommandation 28 Rédiger une procédure pour garantir la déontologie en cas d'intervention du médecin de la MAS auprès d'un résident dont il n'est pas le médecin traitant.</p>	<p>3 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation 28 maintenue dans l'attente de la finalisation du projet de procédure.</p>
<p>Remarque 29 L'établissement ne garantit pas le respect du secret des informations du fait de l'absence de procédure concernant les accès gradués aux informations nominatives.</p>	<p>Recommandation 29 Rédiger une procédure de graduation des accès aux informations nominatives et veiller à son appropriation par l'ensemble du personnel.</p>	<p>3 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation 29 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 30 L'absence d'analyse des risques éventuels pour la santé publique des personnes hébergées ne permet pas de garantir une prise en charge optimisée.</p>	<p>Recommandation 30 L'établissement doit identifier avec son médecin les risques pour la santé publique de la population hébergée et élaborer les plans d'action en rapport.</p>	<p>3 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation 30 maintenue dans l'attente de la finalisation du projet de procédure.</p>
<p>Remarque 31 La multiplicité des protocoles de lutte contre la douleur ainsi que leur non-spécificité au vu de la population hébergée ne garantit pas une bonne prise en charge des résidents.</p>	<p>Recommandation 31 Le gestionnaire de l'établissement doit formaliser et diffuser des protocoles de lutte contre la douleur adaptés et spécifiques à la population accueillie.</p>	<p>1 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation 31 maintenue.</p>

<p>Remarque 32 L'hétérogénéité des consignes de prise en charge des urgences vitales est source de confusion pour les professionnels de santé et ne garantit pas une bonne prise en charge de l'urgence vitale des résidents.</p>	<p>Recommandation 32 Le gestionnaire de l'établissement doit veiller à afficher des consignes claires et uniformes en cas d'urgence vitale.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 32 maintenue au regard de l'absence de transmission de justificatif.</p>
<p>Remarque 33 La liste des médicaments à risque disponible dans le circuit du médicament n'est pas adaptée à la MAS et à la population accueillie.</p>	<p>Recommandation 33 L'établissement doit actualiser sa liste de médicaments à risque en l'adaptant à la population accueillie.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 33 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 34 La dotation pour stock tampon n'est pas signée.</p>	<p>Recommandation 34 La liste de médicaments pour dotation pour stock tampon doit être datée et signée.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 34 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 35 La conduite à tenir en cas d'excursion de température n'est pas définie.</p>	<p>Recommandation 35 Le gestionnaire de l'établissement doit formaliser et afficher une procédure relative à la conduite à tenir en cas d'excursion des températures pour les enceintes réfrigérées de stockage de produits thermosensibles.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 35 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 36 Les conditions de préparation des doses à administrer ne sont pas conformes aux recommandations de bonne pratique et l'organisation en place n'est pas conforme avec la procédure.</p>	<p>Recommandation 36 La direction de l'établissement doit mettre en place des conditions de PDA adaptées (aménagement d'une zone adaptée) et mettre en cohérence la procédure avec l'organisation.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 36 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 37 L'établissement ne dispose pas de procédure formalisée de gestion des non-conformités de la PDA.</p>	<p>Recommandation 37 La direction de l'établissement doit formaliser une procédure de gestion des non-conformités de la PDA.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 37 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>

<p>Remarque 38 L'établissement ne dispose pas de liste des médicaments indiquant leur durée d'utilisation.</p>	<p>Recommandation 38 La direction de l'établissement doit formaliser une liste de médicament et leur durée d'utilisation après ouverture.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 38 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 39 Le mélange des formes liquides des médicaments n'est pas conforme aux recommandations de bonne pratique.</p>	<p>Recommandation 39 La direction de l'établissement doit veiller à ce que les formes liquides des médicaments ne soient pas mélangées.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 39 levée.</p>
<p>Remarque 40 La conduite à tenir en cas d'incident lors de l'administration ou l'aide à la prise est incomplète.</p>	<p>Recommandation 40 L'établissement doit compléter sa conduite à tenir en cas d'incident lors de l'administration ou l'aide à la prise par une procédure en cas d'administration en dehors de la présence de l'IDE.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 40 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 41 L'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules ne sont pas encadrés par une procédure formalisée et cette partie du circuit du médicament n'est pas connue des professionnels en particulier ceux participant à l'aide à la prise. Cela n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques.</p>	<p>Recommandation 41 L'établissement doit veiller à formaliser la possibilité d'écraser un comprimé ou d'ouvrir une gélule et doit s'assurer de sa bonne appropriation par les professionnels.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Recommandation 41 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>
<p>Remarque 42 Certaines conventions de partenariat sont obsolètes.</p>	<p>Recommandation 42 La direction de l'établissement doit veiller à actualiser les conventions de partenariat.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 42 maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure.</p>