

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\_2026-064

Date : mardi 24 mars 2026

Monsieur [REDACTED]  
Président de l'Association Sainte Angèle  
Place de Sonchirac  
48100 BOURGS-SUR-COLAGNE

N° PRIC : MS\_2025\_48\_CS\_04

**Courrier RAR n° 2C 016 396 6803 6**

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

**Objet :** Inspection de la Maison d'accueil spécialisée (MAS) « Sainte Angèle » à Bourgs-sur-Colagne (48) :  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

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

Monsieur le Président,

À la suite à l'inspection réalisée au sein de la MAS « Sainte Angèle, sise rue de résistance à Bourgs-sur-Colagne (48100) en date des 18 et 19 novembre 2025, je vous ai invité, par lettre d'intention du 02 février 2026 à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 13 mars 2026.

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 en annexe du présent courrier.

Par ailleurs, je constate la mobilisation de l'établissement durant la période contradictoire pour répondre aux différentes mesures envisagées visant à améliorer le fonctionnement global de la structure, notamment à travers les actions engagées dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, telles que le rapprochement avec l'équipe référente d'appui à la sécurisation et l'optimisation de la prise en charge Médicamenteuse en ESMS ainsi que le renforcement des collaborations avec le pharmacien partenaire.

Je vous encourage à pérenniser cette dynamique et à concrétiser l'ensemble des actions que vous avez entreprises.

La mise en œuvre rigoureuse de l'ensemble des mesures demandées est indispensable pour garantir un cadre de vie adapté et conforme aux attentes réglementaires.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à la Délégation départementale de la Lozère ([ars-oc-dd48-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dd48-direction@ars.sante.fr)), en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

.../...

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

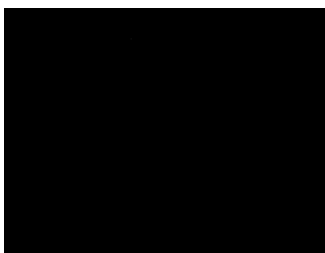
Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible sur le site internet « [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr) ».

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

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

Pour le Directeur général par intérim et par délégation,  
La Responsable du Pôle « Inspections-Contrôles »



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

Annexe à la lettre de clôture

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

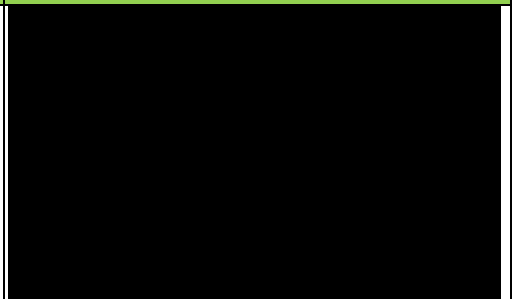
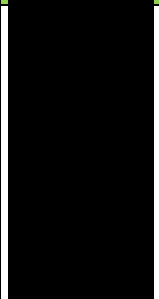
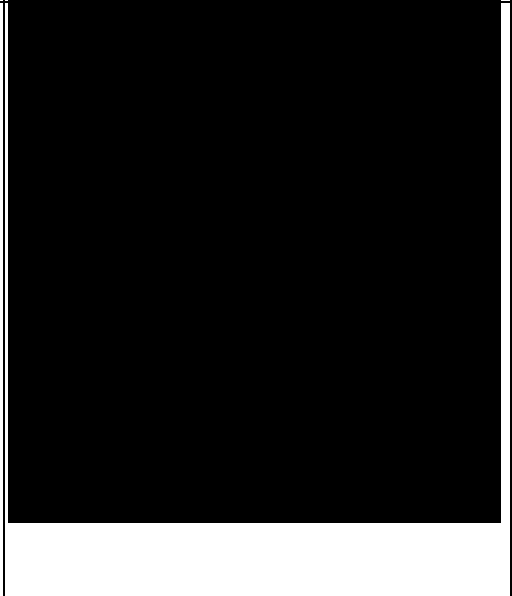
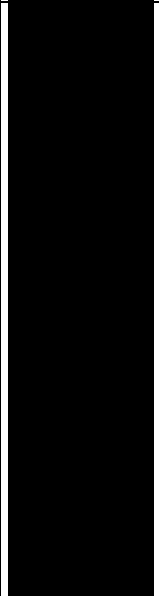
Maison d'accueil spécialisée (MAS) « Sainte Angèle » à Bourgs sur colagne (48100)

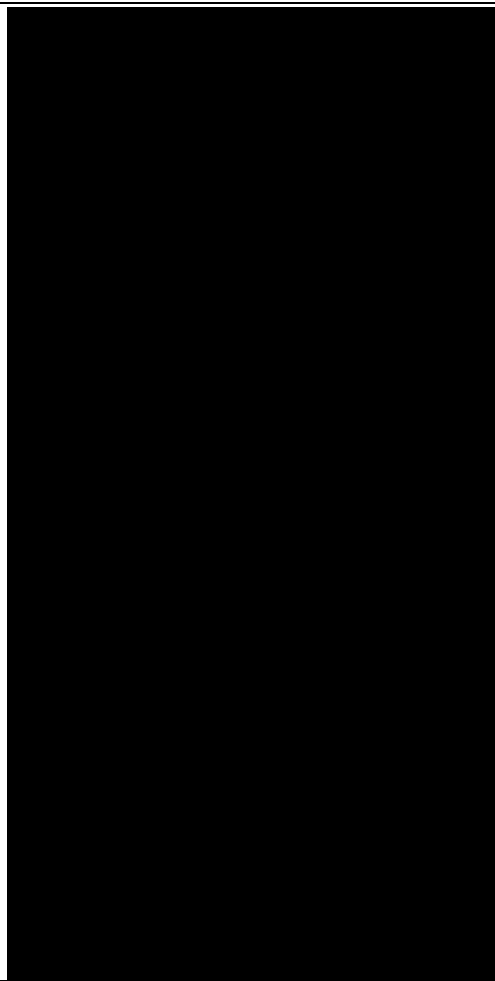
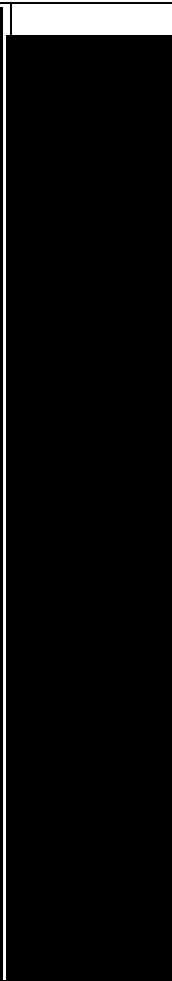
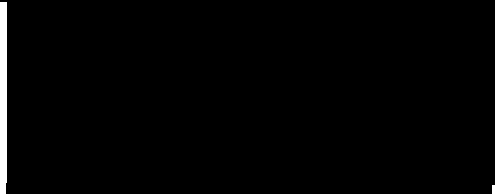
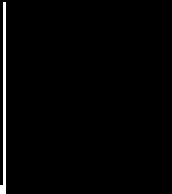
Inspection des 18 et 19 novembre 2025

**N° PRIC : MS\_2025\_48\_CS\_04**

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

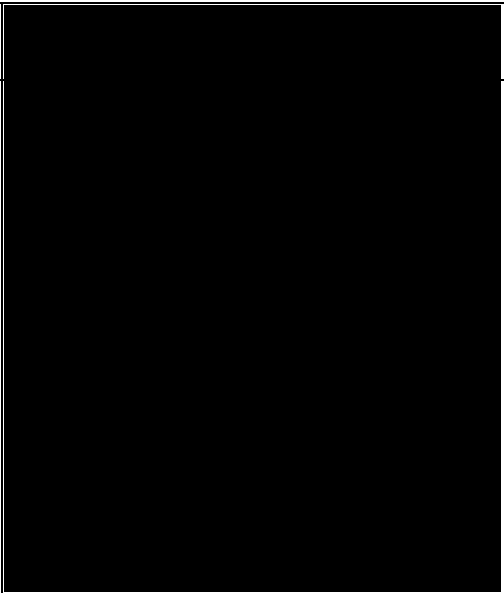
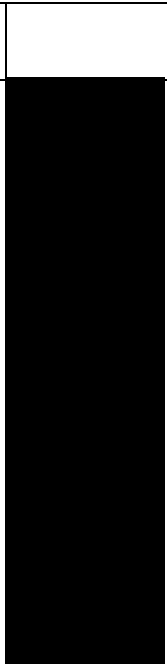
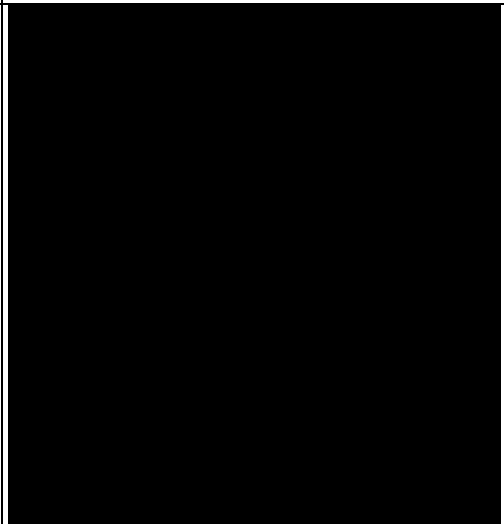
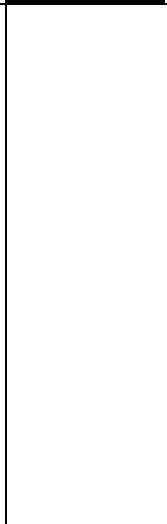
*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

Écarts (41)	Rappel de la réglementation	Mesures (Injonction, prescription) et mesures correctrices attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
<p><b>Écart 1</b> : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas daté et n'indique pas la date de validation en instance compétente ni les dates de son passage devant les instances consultatives.</p>	<p>R311-33 à R311-37, D344-5-7 CASF</p>	<p><b>Prescription 1</b> : Transmettre le règlement de fonctionnement à jour, validé en instance compétente et faisant figurer la date de passage devant les instances consultatives.</p>	<p><b>2 mois</b></p>			<p><b>Prescription 1 levée.</b></p>
<p><b>Écart 2</b> : Le projet d'établissement (PE) présenté à la mission n'était pas validé en instances.</p>	<p>L311-8, D311-38-3, D344-5-5 CASF</p>	<p><b>Prescription 2</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre PE en indiquant les dates : <ul style="list-style-type: none"> <li>- de passage devant les instances consultatives,</li> <li>- de validation</li> </ul> </li> <li>• S'assurer de sa diffusion auprès des professionnels et des résidents dès sa finalisation, conformément aux exigences réglementaires</li> <li>• S'assurer de la diffusion du PE dans une version accessible aux résidents.</li> </ul>	<p><b>2 mois</b></p>			<p><b>Prescription 2 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.</p>

<p><b>Écart 3</b> : L'établissement ne dispose pas d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée ce qui est susceptible de présenter un risque de maltraitance dans la prise en charge de personnes vulnérables. Le numéro national 3977 dédié au signalement des situations de maltraitance n'est pas affiché.</p>	<p>L119-1 et 2, D311-38-3 CASF</p>	<p><b>Prescription 3</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et formaliser une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.</li> <li>• La diffuser et s'assurer de son appropriation par l'ensemble des professionnels.</li> <li>• Sensibiliser et former les professionnels à la prévention de la bientraitance et lutte contre la maltraitance.</li> </ul>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Prescription 3 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure. À titre d'information, le 3133 remplace désormais le 3977.</p>
<p><b>Écart 4</b> : Un document de subdélégation n'a pas été transmis à la mission d'inspection.</p>	<p>D312-176-5 CASF</p>	<p><b>Prescription 4</b> : Élaborer et transmettre un document de subdélégation nominatif, daté et signé.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>			<p><b>Prescription 4 maintenue.</b> si le DUD mentionne des subdélégations au directeur adjoint, aux chefs de service et à la cadre administrative, aucun acte de</p>

						subdélégation nominatif, daté et signé, n'est formalisé pour ces personnes.
<b>Écart 5</b> : L'enquête annuelle de satisfaction auprès des usagers et des familles n'est pas réalisée au sein de l'établissement, ce qui interroge la mission quant à l'accompagnement individualisé des personnes vulnérables.	L311-3, D311-15 III CASF	<b>Prescription 5</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser une enquête annuelle de satisfaction auprès des usagers et des familles.</li> <li>Présenter les résultats de l'enquête au CVS.</li> <li>L'afficher à l'accueil de l'établissement.</li> </ul>	<b>6 mois</b>			<b>Prescription 5 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre effective de la mesure.
<b>Écart 6</b> : les documents d'information règlementaires ne sont pas affichés dans les locaux.	L311-4, R311-34 CASF L112-1 du Code de la consommation	<b>Prescription 6</b> : Procéder à l'affichage règlementaire obligatoire dans les locaux, accessible aux professionnels, résidents et accompagnants.	<b>6 mois</b>			<b>Prescription 6 levée.</b>
<b>Écart 7</b> : Bien qu'un système d'enregistrement des plaintes et réclamations soit mis en place au sein de l'établissement, il est très peu investi au sein de la MAS. Par ailleurs, les plaintes et réclamations ne font pas l'objet d'un suivi et d'un bilan systématiques.	L311-6, L311-3 (1° et 3°), D311-21 CASF	<b>Prescription 7</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser et tracer le recueil et l'analyse des réclamations et doléances des usagers et des familles.</li> <li>Faire figurer dans le bilan les données relatives aux plaintes et réclamations, et leur suivi.</li> </ul>	<b>2 mois</b>			<b>Prescription 7 levée.</b>

<b>Écart 8</b> : L'établissement ne respecte pas son obligation de déclarer tous les dysfonctionnements graves à l'ARS.	L331-8-1, R1413-68, R1413-69, L119-1, L331-8-1 CASF	<b>Prescription 8</b> : Déclarer tout dysfonctionnement grave ou évènement indésirable aux autorités compétentes sans délai.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription 8 maintenue.</b>
<b>Écart 9</b> : La mission n'a pas été destinataire du plan bleu de l'établissement. L'établissement ne dispose pas de plan de continuité d'activité.	R311-38-1 CASF	<b>Prescription 9</b> : Élaborer et formaliser un plan bleu et un plan de continuité d'activité propres à la MAS et les transmettre aux autorités compétentes.	<b>6 mois</b>		<b>Prescription 9 levée.</b>
<b>Écart 10</b> : L'établissement ne dispose pas d'un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) formalisé et opérationnel ni d'un outil structuré permettant d'identifier, de prioriser, de suivre et d'évaluer les actions d'amélioration continue de la qualité.	L312-8, D312-203 CASF	<b>Prescription 10</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer et formaliser un PACQ conformément à la réglementation.</li> <li>• Mettre en œuvre une gestion documentaire efficiente en harmonisant les supports, leur mode de diffusion, l'horodatage, les durées de validité et les personnes concernées.</li> </ul>	<b>6 mois</b>		<b>Prescription 10 levée.</b>
<b>Écart 11</b> : L'équipe pluridisciplinaire n'est pas complète. L'établissement ne compte pas d'assistant de service social dans ses effectifs.	L311-3, L312-1, D 344-5-10 à 13 CASF	<b>Prescription 11</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser la complétude de l'équipe pluridisciplinaire.</li> <li>• Procéder au recrutement ou à l'intervention d'un(e) assistant(e) de service social, conformément aux exigences réglementaires.</li> </ul>	<b>6 mois</b>		<b>Prescription 11 maintenue</b> jusqu'à l'intervention effective d'un(e) assistant(e) de service social.

<p><b>Écart 12</b> : Aucun professionnel n'encadre l'équipe soignante. L'absence d'encadrement et de coordination de l'équipe soignante est de nature à entraîner des risques sur la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge d'un public vulnérable.</p>	<p>L311-3, L312-1, D 344-5-10 à 13 CASF</p>	<p><b>Prescription 12</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une organisation permettant une coordination des soins.</li> <li>• Sécuriser la prise en charge en soin des résidents en mettant en place un encadrement de l'équipe soignante par un professionnel compétent.</li> </ul>	<p><b>Immédiat</b></p>			<p><b>Prescription 12 levée.</b></p>
<p><b>Écart 13</b> : Certains personnels exercent des fonctions d'aide-soignant (AS) et d'accompagnant éducatif et social (AES) sans être titulaires du diplôme d'État requis.</p>	<p>L311-3, L312-1- II, D344-5-14 CASF L4394- 1 CSP</p>	<p><b>Prescription 13</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser la prise en charge des résidents.</li> <li>• S'assurer que seuls des professionnels titulaires du diplôme d'État d'AS ou d'AES exercent effectivement ces fonctions.</li> </ul> <p>Pour les salariés actuellement en poste, exerçant en tant que « faisant fonction », il convient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soit de leur retirer les missions relevant de ces professions réglementées,</li> <li>• Soit de les engager dans un parcours de formation</li> </ul>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Prescription 13 maintenue</b> dans l'attente de la mise en conformité effective des professionnels faisant fonction avec les exigences de diplôme.</p>

		qualifiante ou dans une démarche de validation des acquis de l'expérience (VAE) afin d'obtenir le diplôme requis.			
<b>Écart 14</b> : Bien que l'extrait du casier judiciaire soit demandé systématiquement à l'embauche, l'établissement ne procède pas de manière régulière à la vérification de la compatibilité des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables. Par ailleurs, l'établissement conserve les extraits de casier judiciaire dans les dossiers du personnel, en contradiction avec la réglementation.	L133-6 CASF	<b>Prescription 14</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de la vérification de l'honorabilité de l'ensemble des personnels intervenant auprès des personnes accueillies, à l'embauche et de façon régulière,</li> <li>Mettre en place un dispositif de suivi de vérification de l'honorabilité de l'ensemble du personnel,</li> <li>Retirer les extraits de casier judiciaire de tous les dossiers du personnel.</li> </ul>	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription 14 levée.</b>
<b>Écart 15</b> : Bien que l'établissement dispose d'un plan de formation, l'absence de formations dédiées à la bientraitance, à la prévention de la maltraitance et relatives aux gestes d'urgence est susceptible de fragiliser la qualité et la sécurité de l'accompagnement et de la prise en charge des résidents de la MAS. En outre, cela ne permet pas de garantir une actualisation régulière des compétences des professionnels au regard des besoins spécifiques du public accueilli.	D344-5-10 CASF	<b>Prescription 15</b> : Élaborer et mettre en œuvre un plan de formation intégrant à minima : <ul style="list-style-type: none"> <li>Une formation obligatoire sur la promotion de la bientraitance, la prévention et la lutte contre la maltraitance pour l'ensemble des professionnels,</li> <li>Des formations aux gestes de premiers secours et l'actualisation de l'AFGSU, adaptées aux fonctions exercées, pour les personnels soignants et, le cas échéant, pour les autres professionnels</li> </ul>	<b>En 2026</b>		<b>Prescription 15 maintenue.</b>

		<p>intervenant auprès des résidents ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une programmation pluriannuelle permettant le renouvellement et l'actualisation régulière de ces formations.</li> </ul>				
<p><b>Écart 16</b> : L'absence de formalisation d'une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels ne permet pas à la mission de s'assurer de l'existence de modalités systématiques et traçables d'intégration des personnels, qu'ils soient titulaires ou remplaçants.</p>	<p>D344-5-10, D344-5-14 al 2 CASF</p>	<p><b>Prescription 16</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels, applicable à l'ensemble des personnels, titulaires comme remplaçants. Cette procédure devra définir les modalités d'accueil, d'accompagnement et de suivi de la prise de poste et préciser, notamment, les informations transmises aux nouveaux arrivants, les temps d'accompagnement par un professionnel référent ainsi que les éléments relatifs à la prévention des risques, à la bientraitance et aux règles de fonctionnement de l'établissement.</li> <li>• Prévoir des modalités de traçabilité permettant d'attester de la mise en œuvre effective de cette procédure.</li> <li>• Transmettre la procédure à l'ARS</li> </ul>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Prescription 16 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre de la mesure.</p>
<p><b>Écart 17</b> : le livret d'accueil n'est pas daté ce qui ne permet pas de s'assurer de son actualisation. De</p>	<p>L311-4, R311-33 à 37-1 CASF</p>	<p><b>Prescription 17</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à la révision du livret d'accueil, à son actualisation</li> </ul>	<p><b>1 mois</b></p>			<p><b>Prescription 17 levée.</b></p>

<p>plus, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement ne sont pas annexés au livret d'accueil ce qui ne permet pas de garantir que les résidents disposent d'une information complète, actualisée et adaptée sur leurs droits ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.</p>		<p>ainsi qu'à sa remise systématique aux personnes accueillies dans un format adapté (FALC) et à leurs représentants légaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transmettre à l'ARS le livret d'accueil avec mention de la date de réactualisation et les annexes obligatoires.</li> </ul>				
<p><b>Écart 18</b> : Les contrats de séjours ne sont pas systématiquement présents dans le dossier du résident ou ne sont pas individualisés. La Charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas systématiquement annexée à chaque contrat de séjour. Aucun élément ne permet de garantir la remise effective du contrat de séjour au résidents</p>	<p>L311-4, L311-4-1, D344-5-4, R311-0-6, R311-0-7, R311-0-9 CASF</p>	<p><b>Prescription 18</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individualiser et adapter le contenu du contrat de séjour en tenant compte de la situation spécifique de la personne accueillie conformément aux exigences réglementaires.</li> <li>Transmettre et assurer la traçabilité de la remise des contrats de séjours conclus et élaborés avec la participation de la personne accueillie en veillant à annexer l'ensemble des annexes obligatoires.</li> </ul>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Prescription 18 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre effective de l'ensemble de la mesure.</p>
<p><b>Écart 19</b> : Les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) consultés ne sont pas structurés et ne sont pas réellement personnalisés ni évalués. L'absence d'implication du résident et de sa famille ainsi que de critères d'évaluation des</p>	<p>L311-3, D344-5-2 et 4, D344-512, L311-3, 7° CASF</p>	<p><b>Prescription 19</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individualiser chaque PAP en y intégrant systématiquement l'expression du résident et de sa famille.</li> <li>Définir des objectifs concrets avec des moyens, des critères et des échéances précises, et l'évaluer régulièrement.</li> </ul>	<p><b>Lors de la prochaine mise à jour des PAP</b></p>			<p><b>Prescription 19 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre effective de l'ensemble de la mesure.</p>

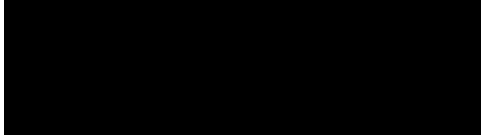


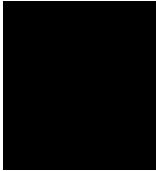
objectifs des résidents et d'échéance claires est de nature à limiter leur portée.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Centraliser les informations permettant d'avoir une vision globale sur les PAP.</li> </ul>			
<p><b>Écart 20</b> : La communication et la vie affective et sexuelle des résidents ne sont pas suffisamment prises en compte dans les PAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de moyen individualisés pour soutenir la communication,</li> <li>Prescriptions générales peu opérationnelles,</li> <li>Manque de formalisation de l'expression des besoins affectifs et rationnels,</li> </ul> <p>Faible implication des familles sur ces aspects.</p>	L311-3-3°, L311-3-7°, D344-5-2, D344-5-4-3° CASF	<p><b>Prescription 20</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer dans les PAP des objectifs et moyens individualisés pour soutenir la communication.</li> <li>Formaliser l'expression des besoins des résidents et associer les familles dans la réflexion, afin de garantir une prise en compte effective des besoins individuels dans l'accompagnement.</li> </ul>	<b>Lors de la prochaine mise à jour des PAP</b>		<b>Prescription 20 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre effective de l'ensemble de la mesure.
<p><b>Écart 21</b> : La mission n'a pas été destinataire du contrat et de la fiche de poste du médecin. Elle n'a pas pu identifier les temps du médecin consacrés à la coordination des intervenants afin d'assurer la cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état du résident.</p>	L313-13-2, D344-5-5, 5°, D344-5-12 2° CASF	<p><b>Prescription 21</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que le médecin consacre une partie de son activité à la cohérence et la continuité des soins.</li> <li>Transmettre à l'ARS le contrat et la fiche de poste du médecin.</li> </ul>	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription 21 levée.</b>
<p><b>Écart 22</b> : Le personnel infirmier n'assure pas l'administration des médicaments au sein de l'établissement, y compris lorsqu'il est présent sur site, ce</p>	R344-2 (2°) CASF	<p><b>Prescription 22</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que seuls les IDE exercent l'administration du médicament.</li> </ul>	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 22 maintenue</b> jusqu'à la mise en œuvre effective de l'ensemble de la mesure.

<p>qui engendre un glissement de tâches entre les infirmiers et les personnels éducatifs (ASD, AMP, AES, ME), exposant les résidents à un risque élevé d'erreur médicamenteuse. Par ailleurs, l'aide à la prise n'est pas protocolisée, ni formalisée.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser la délégation par la rédaction des protocoles de soins précisant les actes pouvant être délégués, les prérequis, les critères de compétence, les modalités d'accompagnement et de contrôle.</li> <li>Former et encadrer le personnel impliqué dans ces délégations, notamment sur les limites réglementaires de leur champ d'intervention, la sécurité du circuit du médicament, la traçabilité des actes réalisés.</li> </ul>				
<p><b>Écart 23</b> : L'absence de personnel et d'astreinte médicale et paramédicale la nuit et le weekend ne permet pas d'assurer la continuité de la prise en charge en soins des personnes accueillies.</p>	<p>L311-3 (1°), L311-3 (3°), R344-2 2° CASF</p>	<p><b>Prescription 23</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place une organisation garantissant la continuité et la sécurité de la prise en charge en soins des personnes accompagnées, notamment la nuit et les weekends.</li> <li>Transmettre à l'ARS le plan d'action retenu.</li> </ul>	<p><b>3 mois</b></p>			<p><u>Prescription 23 maintenue.</u></p>
<p><b>Écart 24</b> : L'ensemble du personnel de l'établissement, a accès aux données à caractère médical des usagers à travers le logiciel de transmissions.</p>	<p>L1110-4 CSP L311-3 4°CASF</p>	<p><b>Prescription 24</b> : Veiller à la sécurisation et la confidentialité des données médicales des usagers en encadrant les modalités d'accès, de consultation et de partage des informations au sein du logiciel de transmissions, conformément aux fonctions exercées par les professionnels.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>			<p><u>Prescription 24 maintenue.</u></p>

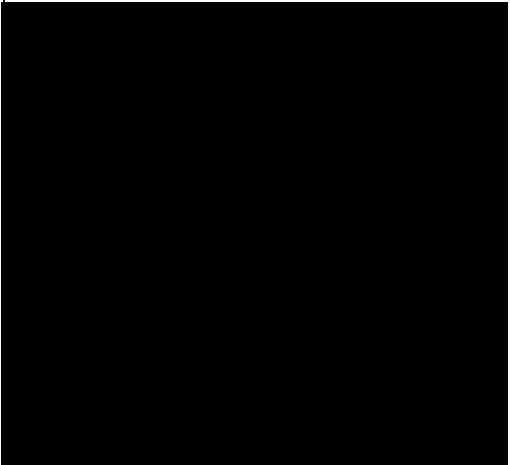
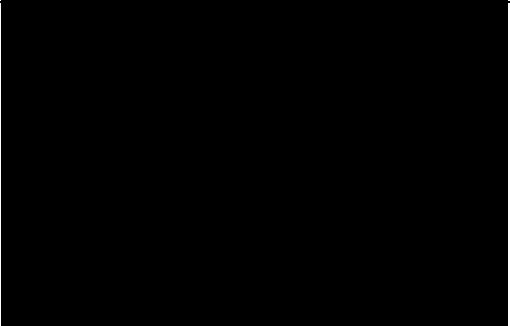
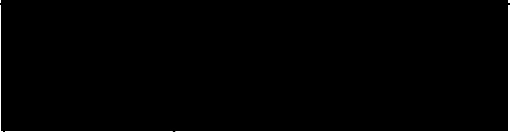
<p><b>Écart 25 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une dotation pour besoins urgents (DBU) formalisée pour la prise en charge des soins prescrits en urgence. Aucune organisation ni liste de référence n'a été définie et validée dans un cadre concerté associant le MEDEC, le pharmacien et les équipes soignantes.</p>	<p>R.5126-112 et R.5126-113, L.5126-10 CSP</p>	<p><b>Prescription 25 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en conformité l'organisation du circuit du médicament en situation d'urgence, en formalisant une DBU et en définissant, dans un cadre concerté associant le MEDEC, le pharmacien et les équipes soignantes, les modalités de constitution, de gestion et d'utilisation de cette dotation, afin de garantir la continuité et la sécurité des soins.</li> <li>Établir une liste pour répondre à des besoins de soins prescrits en urgence, datée et signée par le médecin et le pharmacien</li> </ul>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>Prescription 25 maintenue</b> jusqu'à la transmission des éléments.</p>
<p><b>Écart 26 :</b> La mission constate l'absence de chariot d'urgence identifié ainsi que de trousse d'urgence dédiée aux sorties. Par ailleurs, le matériel disponible pour la prise en charge des situations d'urgence comporte des dispositifs périmés, ne garantissant pas une disponibilité</p>	<p>R4312-38 CSP L312-1 et R312-176-5, R4224-14 CASF</p>	<p><b>Prescription 26 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sécuriser l'organisation de la prise en charge des situations d'urgence en garantissant la disponibilité immédiate de matériels et dispositifs médicaux (DM) adaptés, identifiés et régulièrement contrôlés, afin d'assurer l'urgence vitale, y compris lors</li> </ul>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Prescription 26 maintenue</b> jusqu'à la transmission des éléments.</p>

immédiate et sécurisée en cas de besoin.		des accompagnements extérieurs. <ul style="list-style-type: none"> <li>Retirer le matériel périmé.</li> </ul>			
<b>Écart 27</b> : Bien que l'établissement dispose de matériels de secours, la localisation et le fonctionnement de ces équipements ne sont pas connus de l'ensemble du personnel. Ceci ne permet pas de garantir, notamment en situation d'urgence, une prise en charge immédiate et sécurisée des résidents, en particulier des personnels vulnérables. Par ailleurs, le contrôle de l'opérationnalité de ces équipements n'est pas effectué	D344-5-6 CASF	<b>Prescription 27</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Sécuriser l'organisation de la prise en charge des situations d'urgence en garantissant la disponibilité immédiate de matériels et DM adaptés identifiés et contrôlés.</li> <li>Sensibiliser les professionnels à la prise en charge des urgences vitales, à la manipulation du matériel et à la vérification de son opérationnalité en effectuant des exercices de simulation réguliers.</li> </ul>	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription 27 maintenue</b> jusqu'à la transmission des éléments (procédure d'utilisation du chariot d'urgence + attestation de diffusion interne).
<b>Écart 28</b> : il n'existe pas de formation aux gestes et soins en cas d'urgence vitale.	R6311-14 à R6311-17 CSP	<b>Prescription 28</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place et assurer le suivi de formation aux gestes et soins à mettre en œuvre en cas d'urgence vitale, à destination des professionnels concernés et en assurer le suivi.</li> <li>Tenir à jour un tableau de suivi des formations obligatoires notamment (AFGSU1/2 - PSC1)</li> </ul>	<b>6 mois</b>		<b>Prescription 28 maintenue</b> jusqu'à la transmission des éléments (attestation de Formation AFGSU 1/2).
<b>Écart 29</b> : L'établissement ne dispose pas de procédure encadrant la conduite à tenir en cas d'urgence vitale.	R4311-14 CSP	<b>Prescription 29</b> : Élaborer une procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de la MAS comportant les informations sur la localisation du matériel, le contrôle de son l'opérationnalité et les	<b>2 mois</b>		<b>Prescription 29 maintenue</b> jusqu'à la transmission des éléments (procédure de prise en charge des urgences vitales + attestation de diffusion interne).


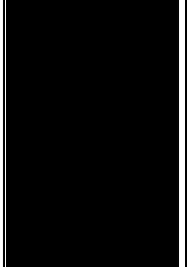
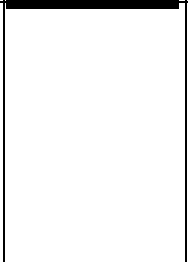


		conduites à tenir, en particulier la nuit.				
<b>Écart 30</b> : il n'existe pas de procédures et/ou modes opératoires relatifs à la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et au circuit du médicament.	D344-5-5 6° CASF	<b>Prescription 30</b> : Formaliser et diffuser les procédures et modes opératoires relatifs à la qualité de la PECM et au circuit du médicament.	<b>6 mois</b> <b>Transmettre à l'ARS un calendrier de priorisation sur ces 6 mois</b>			<b>Prescription 30 maintenue</b> jusqu'à la transmission de la liste des procédures établies et les attestations de formation interne des IDE.
<b>Écart 31</b> : Les prescriptions ne mentionnent pas la possibilité d'ouverture ou d'écrasement de médicaments en cas de besoin.	R5132-1 à R5132-5, R5121-55, R4127-34, L5121-1-2 CSP	<b>Prescription 31</b> : Mentionner dans les prescriptions le mode d'emploi des médicaments, à savoir la possibilité d'ouvrir les gélules ou d'écraser les comprimés.	<b>3 mois</b>			<b>Prescription 31 levée.</b>
<b>Écart 32</b> : L'administration de médicaments en « si besoin » est identifié comme étant un acte de la vie quotidienne (AVQ). Or, l'administration de médicaments ne relève pas d'un acte de la vie courante et ne peut être réalisée que par un IDE.	L313-26 CASF	<b>Prescription 32</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en conformité l'organisation relative à l'administration des médicaments prescrits « en si besoin » en s'assurant que l'évaluation clinique préalable soit réalisée par un médecin ou un infirmier.</li> <li>• Transmettre à l'ARS l'organisation mise en place.</li> </ul>	<b>3 mois</b>			<b>Prescription 32 maintenue</b> dans l'attente des éléments d'organisation.
<b>Écart 33</b> : L'établissement ne dispose pas des protocoles à jour relatifs à la prise en charge thérapeutique concernant l'activité de la MAS comme le prévoit la réglementation.	R4311-2 4°, 7, 8 et 14 CSP	<b>Prescription 33</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir ou mettre à jour les protocoles nécessaires comme le prévoit la réglementation.</li> <li>• Supprimer les versions obsolètes.</li> </ul>	<b>3 mois</b>			<b>Prescription 33 maintenue.</b>

<p><b>Écart 34</b> : L'établissement ne dispose pas, aux jours de l'inspection, d'une convention en vigueur avec la pharmacie assurant la fourniture des produits de santé. La convention existante, datant de 2018, ayant été dénoncée, l'organisation actuelle repose sur des modalités transitoires non formalisées. Bien qu'une nouvelle convention soit en cours de formalisation, cette période transitoire sans convention est de nature à fragiliser la continuité et la sécurité de l'approvisionnement en médicaments.</p>	<p>I du L5126-10, R5126-106 et R5126-112, R5126-107, R4235-60 CSP</p>	<p><b>Prescription 34</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser et mettre en œuvre une nouvelle convention avec la pharmacie assurant la fourniture des produits de santé, précisant notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les modalités d'approvisionnement, de dispensation et de détention pour les médicaments, produits ou objets mentionnés à l'art. L4211-1 du CSP et les DM stériles concernés ;</li> <li>- les délais de livraison ;</li> <li>- les procédures applicables en cas de modification ou d'urgence thérapeutique ;</li> <li>- les responsabilités respectives de l'établissement et de la pharmacie.</li> </ul> </li> <li>• Transmettre la convention à l'ARS ainsi qu'à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont relève le résident, et, au Conseil compétent de l'Ordre (transmission par le pharmacien).</li> </ul>	<p>2 mois</p>			<p><b>Prescription 34 levée.</b></p>
<p><b>Écart 35</b> : Les locaux de l'infirmier et le stockage des médicaments ne sont pas suffisamment sécurisés.</p>	<p>R4312-39 CSP</p>	<p><b>Prescription 35</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser sans délai les modalités de détention et de gestion des clés, notamment en cas d'absence des IDE, ainsi</li> </ul>				<p><b>Prescription 35 levée.</b></p>

		<p>que les modalités de sécurisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des piluliers hors préparation des doses à administrer (PDA) préparés à l'avance ;</li> <li>- des produits de santé de gros volume ;</li> <li>- du stockage des médicaments antiépileptiques, en particulier lorsque ceux-ci sont conservés au niveau du siège des résidents.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser et diffuser au personnel concerné un mode opératoire concernant la PDA</li> </ul>	<p><b>Immédiat</b></p> <p><b>3 mois</b></p>		
<p><b>Écart 36</b> : Le coffre à stupéfiants ne contient pas uniquement des stupéfiants. Par ailleurs, les stupéfiants sont préparés en avance dans le pilulier, pour la semaine, et ne sont donc pas stockés de manière séparée et sécurisée.</p>	R5132-80 CSP	<p><b>Prescription 36</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sortir les produits non stupéfiants du coffre à stupéfiants ;</li> <li>• Stocker les stupéfiants de manière sécurisée jusqu'à leur administration.</li> </ul>	<b>Immédiat</b>		<u>Prescription 36 levée.</u>
<p><b>Écart 37</b> : Les modalités de vérification des péremptions ne sont pas formalisées dans une procédure. Des médicaments périmés ont été retrouvés, notamment dans les caisses nominatives</p>	R4312-38 CSP	<p><b>Prescription 37</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser une procédure de vérification des péremptions (personnel en charge du contrôle, périodicité, traçabilité) et la diffuser au personnel.</li> <li>• Supprimer les produits de santé périmés concernés.</li> </ul>	<b>Immédiat</b>		<u>Prescription 37 maintenue</u> jusqu'à la mise en œuvre effective de l'ensemble de la mesure.

<p><b>Écart 38</b> : L'établissement ne dispose pas de bouteilles d'oxygène.          Cette organisation interroge la mission quant à la capacité de l'établissement à assurer une prise en charge adaptée et sécurisée des situations d'urgence.</p>	<p>L311-3 CASF</p>	<p><b>Prescription 38</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir une organisation permettant la disponibilité immédiate d'oxygène en cas d'urgence respiratoire.</li> <li>S'assurer de la disponibilité d'un stock d'oxygène de secours sur site ou formaliser une organisation contractuelle et opérationnelle avec un prestataire garantissant un accès à l'oxygène afin de répondre aux situations d'urgence.</li> </ul> <p>Les modalités retenues (approvisionnement, délais, stockage, maintenance et utilisation) devront être formalisées et portées à la connaissance des professionnels concernés.</p>	<p><b>2 mois</b></p>		<p><b>Prescription 38 maintenue.</b>          En cas d'urgence le concentrateur à oxygène, compte tenu de son gabarit et de la nécessité d'une prise électrique, n'est pas un matériel adapté.</p>
<p><b>Écart 39</b> : La mission n'a pas été destinataire de procédure/protocole formalisé définissant les catégories de personnel autorisées à administrer ou aider à la prise des médicaments au sein de la MAS.</p>	<p>L313-26 CASF          R4311-4,          R4311-5 4°, 5° et 6°,          R4311-7 CSP</p>	<p><b>Prescription 39</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier, formaliser et diffuser les catégories de personnel autorisées à administrer ou aider à la prise des médicaments au sein de la MAS ;</li> <li>Inclure ces missions dans les fiches de poste des personnels concernés.</li> </ul>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>Prescription 39 maintenue</b> jusqu'à la transmission des éléments.</p>
<p><b>Écart 40</b> : Les mesures standard d'hygiène ne sont pas respectées.</p>	<p>L1311-1,          L1311-2 CSP</p>	<p><b>Prescription 40</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Former et sensibiliser les professionnels aux mesures standard d'hygiène (lavage des</li> </ul>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Prescription 40 levée.</b></p>

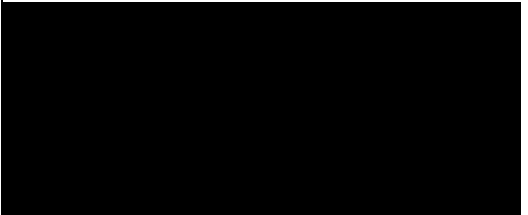
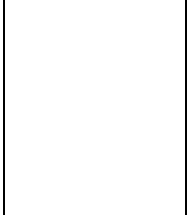
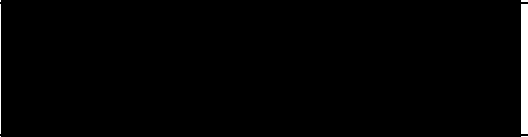

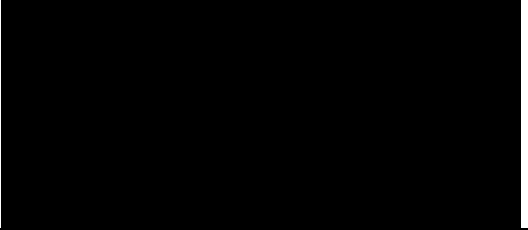
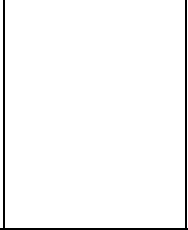
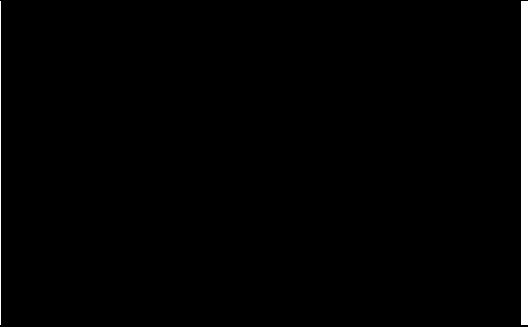
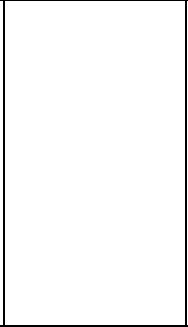
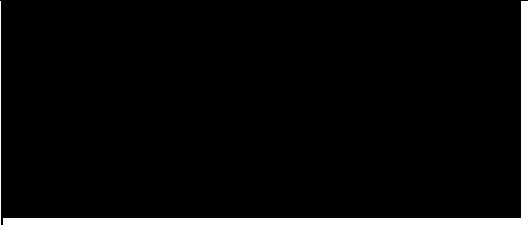
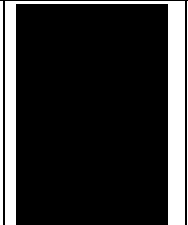
		<p>mains, port des EPI, circuit du linge et des déchets, etc.) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir et faire porter une tenue professionnelle à l'ensemble des professionnels lors des soins.</li> </ul>			
<p><b>Écart 41</b> : Le local des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI), exigü, non ventilé et ne disposant pas de point d'eau n'est pas conforme à la réglementation. Le carton de collecte des DASRI n'est pas surélevé du sol.</p>	R1335-1 à 8 CSP	<p><b>Prescription 41</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en conformité les conditions de stockage des DASRI, en veillant notamment à : <ul style="list-style-type: none"> <li>- disposer d'un local ou d'un espace de stockage adapté, permettant des conditions satisfaisantes d'hygiène et de sécurité (aération, possibilité de nettoyage) ;</li> <li>- assurer le stockage des cartons de collecte hors contact direct avec le sol.</li> </ul> </li> <li>• Formaliser, le cas échéant, les modalités organisationnelles mises en place pour garantir la sécurité et l'hygiène du stockage des DASRI.</li> </ul>	<b>2 mois</b>		<p><b>Prescription 41 maintenue</b> jusqu'à la transmission des éléments de volume de production des DASRI.</p>

Remarques (46)	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	Décision de l'ARS
<p><b>Remarque 1</b> : L'établissement ne dispose pas de registre permettant d'identifier les personnes extérieures intervenant au sein de la structure, outil qui pourrait contribuer à faciliter l'intervention des secours et à renforcer la protection des personnes vulnérables.</p>	<p><b>Recommandation 1</b> : Mettre en place un registre de présence des personnes extérieures à la MAS permettant d'identifier facilement, à un instant donné, les personnes présentes au sein de la structure afin de faciliter l'intervention des secours et de renforcer la protection des personnes vulnérables.</p>	<p><b>3 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 1 levée.</b></p>
<p><b>Remarque 2</b> : La MAS ne dispose pas d'un organigramme daté, dédié et explicite. Le document transmis ne permet pas à la mission d'identifier les liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de la MAS.</p>	<p><b>Recommandation 2</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer un organigramme nominatif, spécifique à la structure, daté et permettant d'identifier les liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de la MAS ;</li> <li>Transmettre l'organigramme à la mission d'inspection.</li> </ul>	<p><b>1 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 2 maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque 3</b> : L'analyse d'un échantillon de dossiers du personnel n'a pas permis à la mission de constater la réalisation effective des entretiens professionnels.</p>	<p><b>Recommandation 3</b> : Mettre en place un suivi formalisé permettant de tracer systématiquement la tenue des entretiens professionnels dans les dossiers du personnel.</p>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 3 maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque 4</b> : La mission a constaté l'absence des fiches de poste dans les dossiers du personnel. Elle ne peut donc pas s'assurer que ces fiches sont bien présentées et remises</p>	<p><b>Recommandation 4</b> : Remettre aux professionnels, notamment lors de l'embauche, une fiche de poste précisant clairement ses missions et ses responsabilités afin de sécuriser la</p>	<p><b>Immédiat</b></p>			<p><b>Recommandation 4 maintenue.</b></p>

aux professionnels lors de leur embauche.	prise en charge des résidents et de prévenir tout glissement de tâches.				
<p><b>Remarque 5</b> : Il n'existe aucun dispositif permettant de prévenir et gérer les comportements-problème. L'absence de dispositif formalisé relatif à la gestion des comportements-problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est de nature à limiter la cohérence des interventions,</li> <li>- Fragilise la sécurité de l'accompagnement,</li> </ul> <p>Ne permet pas aux professionnels de disposer de ressources nécessaires en réponse à ces situations complexes.</p>	<p><b>Recommandation 5</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser un dispositif opérationnel relatif à la gestion des comportements-problèmes afin de doter les professionnels de ressources communes et de renforcer la cohérence et la sécurité de l'accompagnement, notamment la nuit ;</li> <li>• Diffuser le dispositif et s'assurer de son appropriation par l'ensemble des personnels.</li> </ul>	<b>3 mois</b>			<b><u>Recommandation 5 maintenue.</u></b>
<p><b>Remarque 6</b> : Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) n'est pas mis à jour annuellement, en contradiction avec les obligations légales. De plus, l'absence du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact) constitue un manquement aux dispositions réglementaires applicables aux établissements de plus de 50 salariés.</p>	<p><b>Recommandation 6</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour annuellement le DUERP et à chaque modification significative des conditions de travail ;</li> <li>• Élaborer et intégrer un PAPRI Pact définissant les actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail ;</li> <li>• Assurer la diffusion et la traçabilité du PAPRI Pact en le rendant accessible aux représentants du personnel, au CSE et l'Inspection du travail.</li> </ul>	<b>6 mois</b>			<b><u>Recommandation 6 maintenue.</u></b>
<p><b>Remarque 7</b> : Le registre de sécurité n'est pas tenu à jour. Par ailleurs, les dernières observations de la commission d'accessibilité datent de 2012. Aucun élément actualisé n'a été transmis à la mission permettant d'attester la levée des réserves émises.</p>	<p><b>Recommandation 7</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir à jour le registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité ;</li> </ul>	<b>4 mois</b>			<b><u>Recommandation 7 maintenue.</u></b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualiser l'évaluation de l'accessibilité ;</li> <li>Tracer les actions correctives réalisées.</li> </ul>			
<b>Remarque 8</b> : La procédure d'admission transmise à la mission n'est pas finalisée. Il s'agit d'une annexe au PE qui n'est lui-même pas validé.	<b>Recommandation 8</b> : Finaliser la procédure d'admission et l'annexer au PE, une fois celui-ci validé par toutes les instances.	<b>2 mois</b>		<b>Recommandation 8 levée.</b>
<b>Remarque 9</b> : Aucun dispositif relatif à l'accompagnement de la vie affective et sexuelle n'est formalisé au sein de l'établissement. La question n'est pas travaillée en équipe pluridisciplinaire et ne fait pas l'objet d'échanges en réunion institutionnelle.	<b>Recommandation 9</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer un cadre relatif à l'accompagnement de la vie relationnelle, affective et sexuelle, en inscrivant notamment cette thématique dans un travail en équipe pluridisciplinaire (réunions, analyses de situations, etc.) ;</li> <li>Déployer des outils de communication accessibles aux résidents (images, photos, pictos) ;</li> <li>Assurer la diffusion et l'appropriation de ces dispositifs par l'ensemble des professionnels ;</li> <li>Sensibiliser les professionnels à l'accompagnement de la vie relationnelle, affective et sexuelle.</li> </ul>	<b>6 mois</b>		<b>Recommandation 9 maintenue.</b>
<b>Remarque 10</b> : L'organisation des repas soumet les résidents à un jeûne nocturne supérieur à 12h.	<b>Recommandation 10</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Repenser l'organisation des soins et des repas pour limiter la durée du jeûne nocturne ;</li> <li>Protocoller et mettre en place une organisation adaptée, en tenant compte des besoins spécifiques et du PAP de chaque</li> </ul>	<b>2 mois</b>		<b>Recommandation 10 maintenue.</b>

	résident (mise en place de collations adaptées, etc).				
<p><b>Remarque 11</b> : Dans certaines unités de vie (UV), il est observé que les résidents dînent en pyjama. Cette pratique ne permet pas à la mission de s'assurer de la prise en compte effective des choix des résidents et ne favorise pas le respect de leurs préférences individuelles. Elle est également susceptible de porter atteinte à la dignité des personnes accueillies.</p>	<p><b>Recommandation 11</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer du respect des préférences individuelles des résidents ;</li> <li>• Intégrer ces éléments dans les PAP.</li> </ul>	Immédiat			<b><u>Recommandation 11 maintenue.</u></b>
<p><b>Remarque 12</b> : L'organisation en place aux jours de l'inspection ne permet pas d'assurer la présence des compétences soignantes dans certaines UV.</p>	<p><b>Recommandation 12</b> : Favoriser la pluridisciplinarité des compétences dans l'équipe de proximité de jour comme de nuit.</p>	2 mois			<b><u>Recommandation 12 maintenue.</u></b>
<p><b>Remarque 13</b> : L'absence de temps dédié aux transmissions entre l'équipe infirmière et le personnel de nuit ne permet pas d'assurer une circulation optimale des informations, notamment en ce qui concerne les surveillances à mettre en œuvre et l'administration des thérapeutiques dans le cadre de l'aide à la prise et/ou des prescriptions « si besoin ».</p>	<p><b>Recommandation 13</b> : Mettre en place une organisation permettant de garantir un temps de transmission entre l'équipe infirmière et l'équipe de nuit.</p>	2 mois			<b><u>Recommandation 13 maintenue.</u></b>

<p><b>Remarque 14</b> : La mise à jour des dossiers de liaison d'urgence (DLU) au format papier n'est pas formalisée ni organisée.</p>	<p><b>Recommandation 14</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocoliser et former le personnel sur les modalités d'impression du DLU via le logiciel métier si besoin.</li> <li>• En cas de nécessité de conservation du format papier, prévoir sa mise à jour régulière.</li> </ul>	<p><b>3 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 14 maintenue</b> jusqu'à mise œuvre de la mesure.</p>
<p><b>Remarque 15</b> : Le cabinet médical est utilisé pour entreposer du matériel d'entretien des locaux.</p>	<p><b>Recommandation 15</b> : Définir, sécuriser et faire respecter le bon stockage du matériel d'entretien des locaux en dehors des lieux de soin.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>			<p><b>Recommandation 15 levée.</b></p>
<p><b>Remarque 16</b> : Des dysfonctionnements ponctuels de la liaison Internet ont été signalés, susceptibles de perturber l'utilisation de l'outil informatique et de ne pas garantir un accès continu au logiciel métier.</p>	<p><b>Recommandation 16</b> : Sécuriser l'accès au réseau Internet afin d'assurer une utilisation continue et fiable du logiciel métier par les professionnels.</p>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 16 maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque 17</b> : Il n'existe pas de protocole de suivi nutritionnel des résidents au sein de la MAS.</p>	<p><b>Recommandation 17</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller au suivi nutritionnel des résidents ;</li> <li>• Mettre en place une procédure de prise en charge nutritionnelle au sein de la MAS en y intégrant les conduites à tenir lors des variations importantes de poids ainsi que l'adaptation des textures.</li> </ul>	<p><b>2 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 17 maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque 18</b> : La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) n'est pas formalisée dans une procédure institutionnelle propre à l'établissement. Les informations disponibles reposent sur un affichage émanant du Réseau</p>	<p><b>Recommandation 18</b> : Formaliser, diffuser et mettre en œuvre une procédure interne relative à la conduite à tenir en cas d'AES, précisant notamment les modalités d'alerte, de prise en charge, d'orientation des professionnels</p>	<p><b>2 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 18 levée.</b></p>

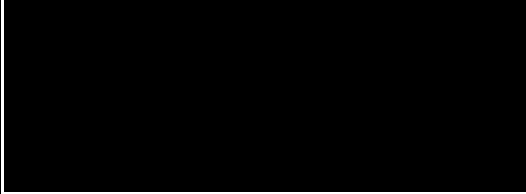

de Prévention des Infections Associées aux Soins (REPIAS), non daté, et sans déclinaison des modalités organisationnelles spécifiques à l'établissement.	concernés et de traçabilité des situations, en cohérence avec les recommandations en vigueur.				
<b>Remarque 19</b> : Le logiciel métier ne permet pas une signature électronique des ordonnances et ainsi un envoi sécurisé à la pharmacie.	<b>Recommandation 19</b> : Mettre en place une signature électronique des ordonnances	<b>3 mois</b>			<b><u>Recommandation 19 levée.</u></b>
<b>Remarque 20</b> : La pharmacie n'a pas accès au logiciel métier et, par conséquent, au dossier patient. Elle ne peut pas consulter les ordonnances de manière sécurisée, ni faire le CR de son analyse pharmaceutique dans le logiciel dédié.	<b>Recommandation 20</b> : Garantir à la pharmacie un accès au logiciel métier utilisé pour réaliser les prescriptions et le suivi patient.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 20 levée.</u></b>
<b>Remarque 21</b> : Certains identifiants et mots de passe permettant l'accès au logiciel métier sont pré-enregistrés dans le navigateur du logiciel métier.	<b>Recommandation 21</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la sécurisation des accès au logiciel métier afin de garantir la protection des données sensibles des résidents ;</li> <li>• Supprimer, notamment, la possibilité de garder en mémoire les identifiants et les mots de passe associés dans le logiciel.</li> </ul>	<b>3 mois</b>			<b><u>Recommandation 21 levée.</u></b>
<b>Remarque 22</b> : Il existe des retranscriptions manuelles des ordonnances à différents endroits de la MAS.	<b>Recommandation 22</b> : Cesser toute retranscription en mettant en place un système permettant une consultation du logiciel pour l'aide à la préparation des traitements hors piluliers et les modifications thérapeutiques.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 22 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 23</b> : il n'existe pas de liste des médicaments à utiliser préférentiellement	<b>Recommandation 23</b> : Établir, en lien avec le médecin de la MAS et le pharmacien, la liste des médicaments	<b>3 mois</b>			<b><u>Recommandation 23 maintenue.</u></b>

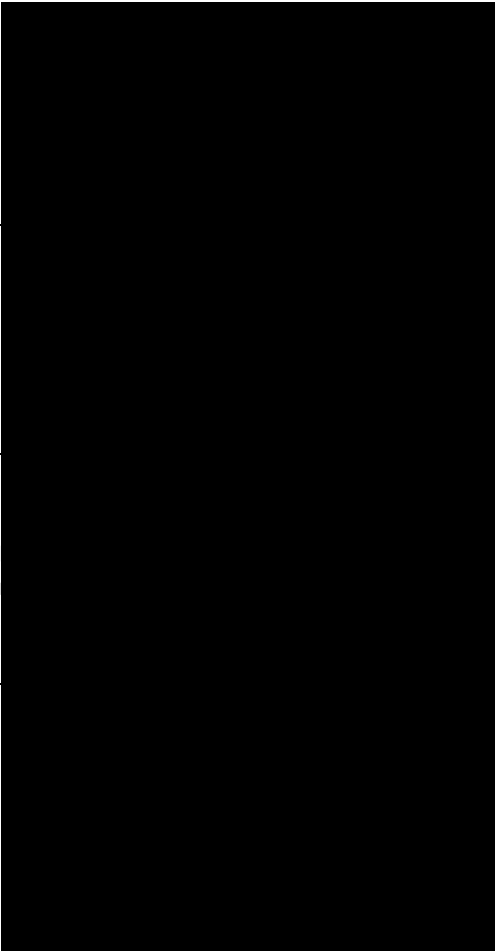

	à utiliser préférentiellement et la diffuser auprès des prescripteurs.			
<b>Remarque 24</b> : Le circuit de transmission des prescriptions à l'officine de pharmacie n'est ni formalisé ni sécurisé.	<b>Recommandation 24</b> : Formaliser et sécuriser le circuit de transmission des prescriptions entre l'officine et l'établissement	3 mois		<b>Recommandation 24 maintenue.</b>
<b>Remarque 25</b> : Les modalités de réception des produits de santé sont partiellement définies et décrites. Il n'existe pas de dispositif attestant et traçant la bonne livraison et réception des médicaments.	<b>Recommandation 25</b> : La nouvelle convention devra décrire les modalités de livraison/réception des produits de santé. Cela s'accompagnera des procédures et fiches qualités nécessaires, comme la mise en place d'un contrôle et d'un accusé de réception et les modalités de traçabilité et signalement des erreurs ainsi que la conduite à tenir dans ce cas.	3 mois		<b>Recommandation 25 maintenue</b> jusqu'à mise œuvre effective de l'ensemble de la mesure.
<b>Remarque 26</b> : Les conditions de transport des médicaments, en particulier des produits thermosensibles, sont partiellement formalisées.	<b>Recommandation 26</b> : Formaliser les conditions de transports des médicaments afin de garantir le maintien de leur qualité. La nouvelle convention devra préciser les modalités de livraison des produits, notamment des médicaments thermosensibles. Une procédure décrivant les conditions de transport et de réception des médicaments, en particulier des produits thermosensibles, devra être formalisée et diffusée aux agents concernés.	3 mois		<b>Recommandation 26 maintenue.</b>
<b>Remarque 27</b> : Les modalités d'approvisionnement en urgence, notamment en cas de changement de traitement, ne sont pas suffisamment	<b>Recommandation 27</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Redéfinir, dans la nouvelle convention, les modalités d'approvisionnement en urgence, notamment lors des changements</li> </ul>	3 mois		<b>Recommandation 27 maintenue.</b>

formalisées et adaptées au besoin des équipes IDE.	<p>de traitement en adéquation avec les besoins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser et diffuser une procédure écrite pour les IDE, définissant les modalités d'approvisionnement en urgence, notamment en cas de changement de traitement.</li> </ul>				
<b>Remarque 28</b> : Il n'y a pas de suivi de la température de l'infirmierie, ce qui ne permet pas à la mission de savoir si les médicaments sont conservés entre 8°C et 25°C.	<b>Recommandation 28</b> : Mettre en place un suivi de la température de l'infirmierie.	<b>Immédiat</b>			<b>Recommandation 28</b> maintenue jusqu'à mise en œuvre effective de la mesure.
<b>Remarque 29</b> : Il n'existe pas de formalisation du retour à la pharmacie des médicaments non utilisés, périmés ou retirés.	<b>Recommandations 29</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser, en lien avec le pharmacien et en adéquation avec la nouvelle convention, une procédure définissant les modalités de retour à la pharmacie des médicaments non utilisés, périmés ou retirés ;</li> <li>Diffuser la procédure au personnel concerné.</li> </ul>	<b>3 mois</b>			<b>Recommandation 29</b> maintenue jusqu'à mise en œuvre effective de l'ensemble de la mesure.
<b>Remarque 30</b> : Les conditions de stockage des médicaments thermosensibles ne permettent pas : <ul style="list-style-type: none"> <li>De garantir le maintien en continu des températures préconisées dans l'AMM de ces médicaments,</li> <li>L'enregistrement précis des températures.</li> </ul> <p>En cas d'excursion de température, aucune alarme ne se déclenche.</p>	<b>Recommandation 30</b> : Mettre en place une enceinte réfrigérée dédiée aux produits de santé et adaptée à leur stockage, avec suivi de la température, alarme et sonde mesurant la température en continue.	<b>3 mois</b>			<b>Recommandation 30</b> maintenue.
<b>Remarque 31</b> : En cas de non-respect des températures de conservation, la conduite à tenir n'est pas définie.	<b>Recommandation 31</b> : Formaliser une procédure décrivant la conduite à tenir	<b>1 mois</b>			<b>Recommandation 31</b> maintenue.

	en cas d'excursion de température et la diffuser au personnel.				
<b>Remarque 32</b> : Les cupules pour les gouttes ne sont pas nominativement identifiées.	<b>Recommandation 32</b> : identifier nominativement les cupules pour les gouttes.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 32 levée.</u></b>
<b>Remarque 33</b> : Pour les médicaments hors PDA faite par le pharmacien, le conditionnement primaire n'est pas systématiquement conservé et les piluliers sont préparés une semaine en avance. Or, le conditionnement primaire permet à la fois son indentation en cas de rappel de lots ou de changement de prescription mais aussi sa bonne conservation.	<b>Recommandation 33</b> : Faire une analyse de risques afin de déterminer une organisation permettant une conservation du conditionnement primaire plus fréquente.	<b>1 mois</b>			<b><u>Recommandation 33 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 34</b> : il n'existe pas de procédure décrivant l'étape de contrôle de la PDA reçue.	<b>Recommandation 34</b> : Formaliser une procédure de contrôle de la PDA, y compris de la gestion des non-conformités et en lien avec la nouvelle convention	<b>3 mois</b>			<b><u>Recommandation 34 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 35</b> : Le double contrôle de la PDA ne se fait pas à partir des dernières ordonnances.	<b>Recommandation 35</b> : Mettre en place une organisation afin que, lors du double contrôle, le personnel infirmier puisse consulter la dernière ordonnance.	<b>2 mois</b>			<b><u>Recommandation 35 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 36</b> : Les médicaments multidoses ne comportent pas systématiquement l'identité du résident et la date d'ouverture ou de limite d'utilisation.	<b>Recommandation 36</b> : Formaliser une procédure décrivant la gestion des médicaments multidoses et incluant une liste de médicaments avec leur durée d'utilisation après ouverture et la diffuser auprès du personnel.	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 36 maintenue.</u></b>
<b>Remarque 37</b> : Pour un même résident, des gouttes de différents médicaments sont mélangées lors d'une préparation réalisée à avance.	<b>Recommandation 37</b> : • Sécuriser la prise en charge en soin des résidents ;	<b>Immédiat</b>			<b><u>Recommandation 37 levée.</u></b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre fin à toute pratique consistant à mélanger des gouttes de médicaments différents dans le cadre d'une préparation anticipée ;</li> <li>• Sécuriser les modalités de préparation et d'administration des médicaments liquides.</li> </ul>				
<p><b>Remarque 38</b> : La distribution et l'administration des traitements sont insuffisamment contrôlées en l'absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De vérification de la prescription au moment de la distribution ;</li> <li>• D'une traçabilité immédiate de la distribution et l'administration des traitements afin d'éviter les risques d'inversion de prises et/ou les prises incomplètes ou erronées, de jour comme de nuit. Ce point est particulièrement important pour éviter les risques d'erreurs médicamenteuses.</li> </ul>	<p><b>Recommandation 38</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place, au moment de la distribution des traitements, un contrôle de la concordance identité / préparation / prescription et une traçabilité des administrations y compris pour les AS/AMP/AES/veilleur de nuit ;</li> <li>• Formaliser et diffuser la procédure correspondante.</li> </ul>	3 mois			<b>Recommandation 38 maintenue.</b>
<p><b>Remarque 39</b> : Il n'existe pas de procédure d'utilisation du broyeur et de son entretien.</p>	<p><b>Recommandation 39</b> : Formaliser et diffuser une procédure d'utilisation et d'entretien du broyeur de médicaments.</p>	3 mois			<b>Recommandation 39 maintenue.</b>
<p><b>Remarque 40</b> : La formation à l'usage des pompes volumétriques de nutrition entérale n'est pas indiquée dans le plan de formation des personnels concernés.</p>	<p><b>Recommandation 40</b> : Inscrire la formation à l'usage des pompes volumétriques de nutrition entérale au plan de formation du personnel et garantir et tracer la tenue effective de la formation des personnels concernés</p>	3 mois			<b>Recommandation 40 maintenue.</b>
<p><b>Remarque 41</b> : L'organisation mise en place ne permet pas de garantir :</p>	<p><b>Recommandation 41</b> : Renforcer la gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en</p>	6 mois			<b>Recommandation 41 maintenue.</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une gestion suffisamment structurée des risques médicamenteux,</li> <li>• Une prévention efficace des risques (a priori),</li> <li>• Une exploitation systématique des EI survenus (a posteriori),</li> </ul> <p>à des fins d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.</p>	<p>structurant et formalisant une démarche de gestion des risques, a priori et a posteriori, relative à la prise en charge médicamenteuse, notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'élaboration d'une cartographie des risques du circuit du médicament, régulièrement actualisée ;</li> <li>• La définition et la mise en œuvre d'un plan d'actions associé, précisant les responsabilités, les échéances et les modalités de suivi ;</li> <li>• La formalisation d'une procédure relative à la gestion des EI, EIG et EIAS en lien avec la PECM, incluant les modalités de déclaration, d'analyse et de retour d'expérience ;</li> <li>• La mise en place de formations spécifiques à destination des professionnels concernés sur la gestion des risques et la sécurisation du circuit du médicament.</li> </ul>				
<p><b>Remarque 42</b> : Aucun professionnel de santé n'est désigné pour prendre en charge la responsabilité de la pharmacovigilance (déclarations, etc.), de la matériovigilance et du retrait de lots de médicaments et DM.</p>	<p><b>Recommandation 42</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Désigner les professionnels en charge de la pharmacovigilance (déclarations, etc.), de la matériovigilance et du retrait de lot des médicaments et DM ;</li> <li>• Intégrer cette tâche à leur fiche de poste et ou de fonctions.</li> </ul>	<p><b>3 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 42 maintenue.</b></p>

<p><b>Remarque 43</b> : Aucune procédure n'est en place pour réaliser des retraits de lots, si nécessaire.</p>	<p><b>Recommandation 43</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une procédure interne de retrait de lots en lien avec la mise à jour de la convention pharmaceutique ;</li> <li>• La diffuser au personnel ;</li> <li>• Garantir les formations nécessaires ;</li> <li>• Transmettre les éléments à l'ARS.</li> </ul>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 43 levée.</b></p>
<p><b>Remarque 44</b> : Il n'existe pas de procédure d'identitovigilance au sein de la MAS.</p>	<p><b>Recommandation 44</b> : Formaliser et diffuser une procédure d'identitovigilance décrivant, notamment, les pratiques pour s'assurer de l'identité du patient et pour actualiser les photos.</p>	<p><b>3 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 44 maintenue.</b> Au-delà du droit à l'image, l'identitovigilance est un élément essentiel de la sécurisation du circuit du médicament.</p>
<p><b>Remarque 45</b> : L'encombrement de l'infirmierie et l'absence de protocole d'entretien du matériel de soin ne permet pas de garantir le respect des bonnes conditions d'hygiène.</p>	<p><b>Recommandation 45</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédiger et mettre en œuvre des protocoles d'entretien pour l'infirmierie (hors bionettoyage) et du petit matériel de soin ;</li> <li>• Contrôler l'effectivité via des supports de traçabilité.</li> </ul>	<p><b>2 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 45 maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque 46</b> : L'établissement n'a pas mis à jour son document d'analyse de risque du risque infectieux (DARI) et les procédures en lien avec la maîtrise du risque infectieux ne sont pas élaborées pour l'établissement. La mission note l'absence de formation sur les conduites à tenir en cas d'épidémie.</p>	<p><b>Recommandation 46</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une auto-évaluation dans le cadre de la démarche d'analyse et de maîtrise du risque infectieux (DAMRI) au sein de la MAS afin d'identifier les actions prioritaires et de suivre l'avancement des mesures prévues dans le plan d'actions.</li> <li>• Transmettre le plan d'actions à l'ARS.</li> </ul>	<p><b>6 mois</b></p>			<p><b>Recommandation 46 maintenue</b> jusqu'à transmission du plan d'actions.</p>