

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 :

Date : vendredi 20 février 2026

Madame [REDACTED]
Présidente de l'Association « Les Jeunes
Handicapés »
Château de Lahage
31370 LAHAGE

N° PRIC : MS_2025_31_CS_05

Courrier RAR n° 2C 016 396 6794 7

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

Objet : Inspection de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Al Cantou » à Fonsorbes (31) : clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives
ANNEXE 1_E16.1_ars : Observations relatives à la convention de fourniture des médicaments

Madame la Présidente,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de la MAS « Al Cantou », sise Chemin de Moundran à Fonsorbes (31470) en date du 30 septembre et 1^{er} octobre 2025, je vous ai invitée, par lettre d'intention du 08 janvier 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 07 février 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 correctrices 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.

Par ailleurs, je vous transmets, pour prise en compte, les observations relatives à la convention de fourniture des médicaments.

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 Haute Garonne (ars-oc-dd31-direction@ars.sante.fr), en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions. Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

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

.../...

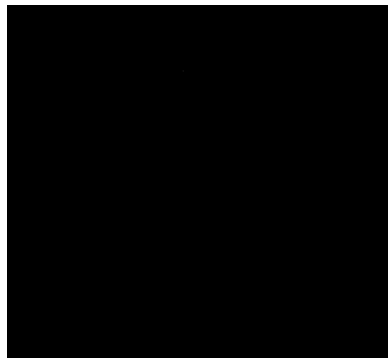
Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

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

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

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente l'expression de mes salutations distinguées.

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



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

Annexe à la lettre de clôture

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

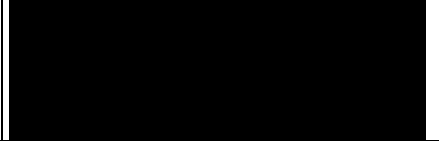

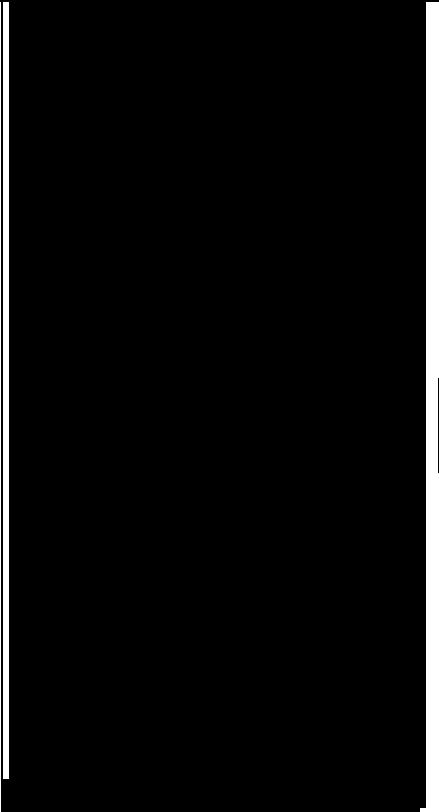
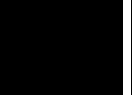
Maison d'accueil spécialisée (MAS) « Al Cantou » à Fonsorbes (31)

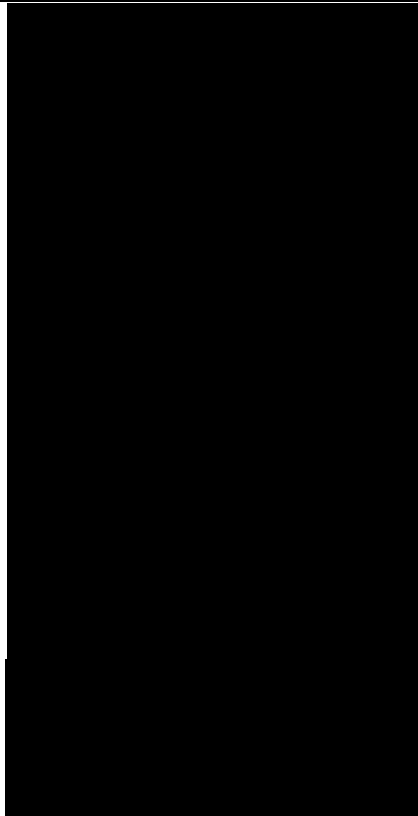
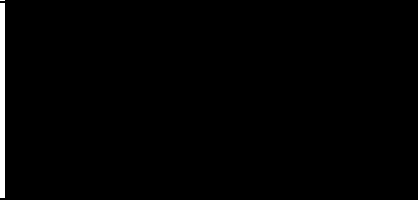
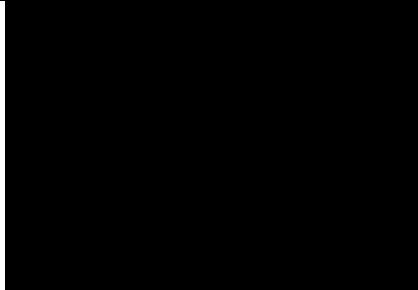
Inspection des 30 septembre et 1^{er} octobre 2025

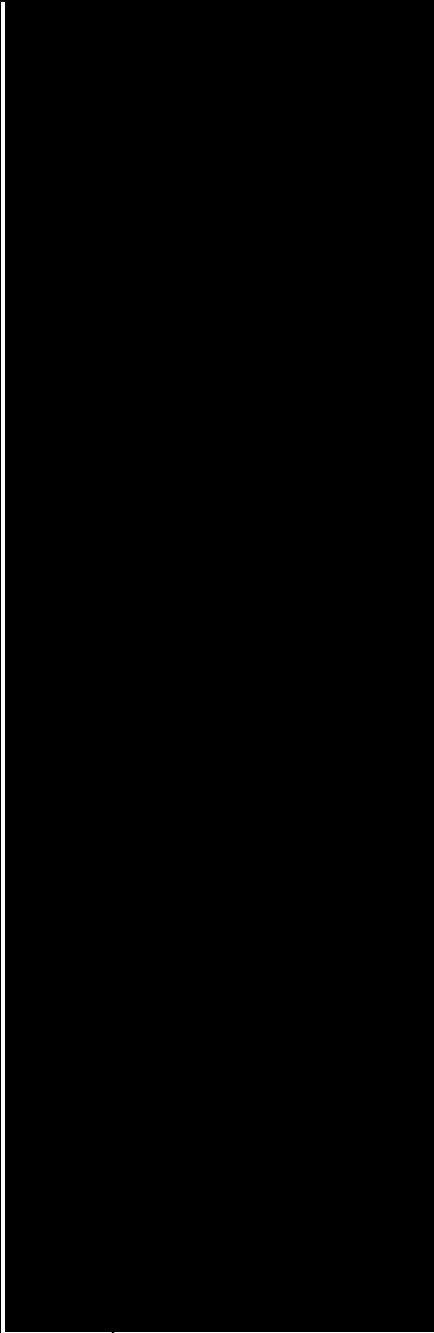
N° PRIC : MS_2025_31_CS_05

*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.*

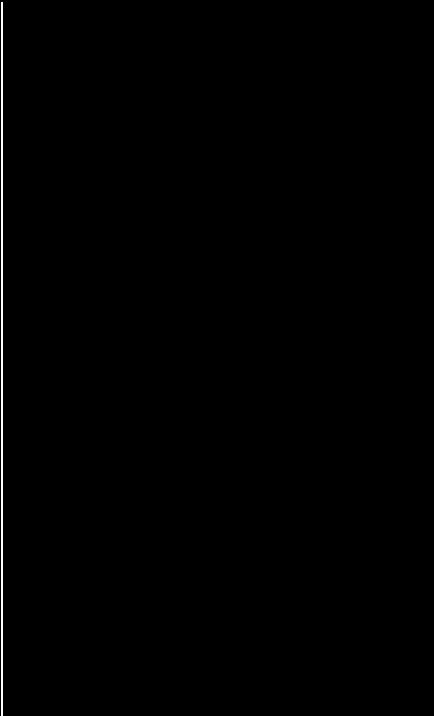

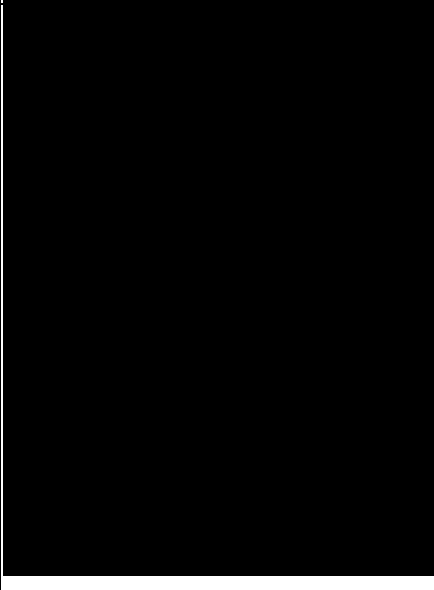

Écarts (30)	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
<p>Écart 1 : Le registre des « entrées et sorties » de la population accueillie n'est ni coté ni paraphé par le maire de la commune.</p>	<p>L313-1 à 9, L331-2, R331-5, D344-5-1 et 2 CASF</p>	<p>Prescription 1 : Transmettre le registre des « entrées et sorties » de la population accueillie coté et paraphé par le maire de la commune.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 1 levée.</p>
<p>Écart 2 : Le règlement de fonctionnement est caduc.</p>	<p>R311-33 à R311-37, D344-5-7 CASF</p>	<p>Prescription 2 : Transmettre le règlement de fonctionnement actualisé, une fois validé par les instances du gestionnaire.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 2 levée.</p>

<p>Écart 3 : Le projet d'établissement validé par les instances internes, transmis à la mission, est caduc.</p>	<p>L311-8, D344-5-5 CASF</p>	<p>Prescription 3 : Transmettre le nouveau projet d'établissement une fois validé par les instances de l'association gestionnaire.</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Prescription 3 maintenue.</u></p>
<p>Écart 4 : manque d'affichage ou de mise à disposition du projet d'établissement actualisé.</p>	<p>L311-4, R311-34 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3</p>	<p>Prescription 5 : Afficher ou mettre à disposition à l'accueil le document « projet d'établissement » lorsqu'il sera actualisé et validé.</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Prescription 5 maintenue.</u></p>
<p>Écart 5 : le gestionnaire n'a pas consolidé et formalisé au sein d'un document « plan bleu » l'ensemble des plans de prévention des risques et de gestion des crises. A fortiori, ce document ne fait pas partie du projet d'établissement.</p>	<p>D312-160 CASF Arrêté du 12 février 2024 INSTRUCTION interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/S D3A/2022/258 du 28/11/2022</p>	<p>Prescription 6: Transmettre le document « plan Bleu » consolidé lorsqu'il aura été validé par les instances du gestionnaire. Ce document devra, par la suite, être intégré au projet d'établissement.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Prescription 6 maintenue.</u></p>

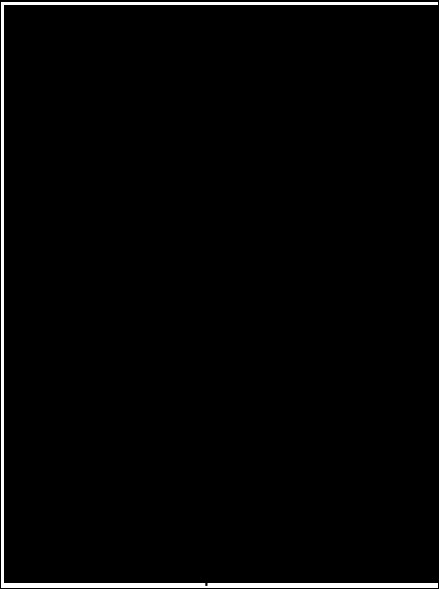
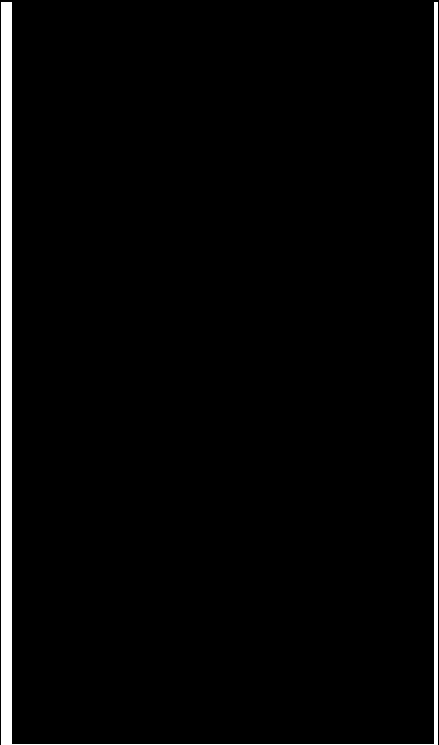
<p>Écart 6 : Les emplois d'AS et d'AES exigent des qualifications réglementaires. Or, la composition des dossiers du personnel ne permet pas de s'assurer du respect des obligations de l'employeur et de la qualification des professionnels occupant un poste soumis à condition de diplôme.</p>	<p>L311-3, L312-1- II, D344-5-14 CASF L4394-1 CSP Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p>	<p>Prescription 7a : Ne pas donner aux salariés un statut qui n'existe pas réglementairement et ne pas affecter des salariés sur des postes d'emploi pour lesquels ils ne justifient pas du diplôme réglementairement requis.</p> <p>Prescription 7b : Transmettre les justificatifs d'une inscription en VAE ou en IFAS pour tous les salariés concernés.</p>	<p>Immédiat</p> <p>3 mois</p>		<p>Selon les documents transmis, huit salariés faisant fonction d'AS exercent dans l'établissement.</p> <p>Sur ces huit salariés, trois font l'objet d'une formation qualifiante :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deux sous forme d'apprentissage, ▪ Un sur les deux annoncées (puisque « X » ne figure pas sur la liste des contrats transmise). <p>Qu'en est-il des cinq autres salariés concernés ? <i>(pour rappel, la durée de formation pour obtenir le diplôme d'AS est de 12 mois).</i></p> <p><u>Prescription 7a maintenue avec un délai de 3 mois accordé.</u></p> <p><u>Prescription 7b maintenue avec un nouveau délai fixé au 30.11.2026.</u></p>
---	---	--	---	---	--

Écart 7 : Le gestionnaire ne s'assure pas systématiquement de la compatibilité de ses personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables.	L133-6 CASF	Prescription 8 : Transmettre les preuves de la vérification de la compatibilité judiciaire à occuper leur emploi pour tous les personnels figurant au tableau des effectifs aux jours de la mission.	1 mois		Prescription 8 maintenue dans l'attente de la réception du tableau de suivi (E07-2) complété à 100 %.
Écart 8 : Absence de film occultant sur les fenêtres de certaines chambres ne permettant pas de garantir une stricte intimité de l'espace de vie privatif.	D344-5-3, 6° et 8° CASF	Prescription 9 : Apposer des films occultants sur chaque fenêtre des chambres usagers et veiller à trouver un dispositif/une solution pour que l'intimité des résidents présents dans la salle de bain partagée soit respectée.	Immédiat		Prescription 9 maintenue dans l'attente de la réception des éléments de preuve de l'installation des films occultants.
Écart 9 : L'annexe relative aux mesures particulières pour restreindre la liberté d'aller et venir de la personne n'est pas jointe au contrat de séjour,	L311-4-1, R311-0-6, R311-0-7, R311-0-9 CASF	Prescription 10 : Intégrer l'annexe obligatoire relative aux mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne dans le respect de son intégrité	Immédiat		Prescription 10 maintenue. Délai de 3 mois accordé

conformément à l'art. L311-4-1 du CASF.		physique et de sa sécurité dans les contrats de séjour en cours et pour tout nouveau contrat de séjour signé.			
Écart 10 : La mission de coordination des soins par un médecin n'est pas assurée au sein de l'établissement.	D344-5-5 5° CASF	Prescription 12 : Garantir la coordination des soins par un médecin et formaliser cette obligation. Transmettre à l'ARS les preuves de la mise en œuvre.	3 mois		Prescription 12 maintenue. Délai de 6 mois accordé
Écart 11 : Le gestionnaire n'a pas employé de médecin responsable de la mise en œuvre de la politique de formation institutionnelle ni participer aux actions de formation.	D344-5-10, 12 et 13 CASF	Prescription 13 : Veiller à ce que le médecin recruté comme responsable de la coordination des soins participe à la mise en œuvre de la politique de formation institutionnelle ni participer aux actions de formation.	3 mois		Prescription 13 maintenue.
Écart 12 : Les droits d'accès en lecture des informations sur le support (« ██████████ ») ne permettent pas de garantir le respect du secret médical et du secret professionnel.	L311-3 CASF L1110-4 CSP	Prescription 14 : Revoir les conditions d'accès aux dossiers médicaux des personnes accueillies afin de garantir le respect du secret médical, en conformité avec la réglementation.	3 mois		Prescription 14 maintenue.
Écart 13 : En ne sécurisant pas suffisamment des informations à caractère confidentiel dans ses locaux (infirmerie « Polyhandicap »), l'établissement ne respecte pas la réglementation et n'est pas à même de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents.	L311-3 CASF L1110-4 CSP	Cf. Prescription 19	3 mois		Lors de l'inspection l'infirmerie comportait deux accès, dont un seul verrouillé par un digicode. La mesure corrective vise à installer une molette, sans détail supplémentaire. De façon à corriger cette situation à moindre coût il est proposé de supprimer la béquille de la porte (poignée) concernée, côté extérieur. (Cf. Prescription 19 maintenue)

<p>Écart 14 : Le gestionnaire ne s'est pas assuré de l'appropriation par les professionnels des recommandations de bonnes pratiques institutionnelles et médico-soignantes adaptées à la gestion des risques de la population accueillie</p>	<p>D344-5-10, 2° CASF</p>	<p>Prescription 15 : Organiser, avec l'aide du médecin responsable de la coordination des soins, l'appropriation de bonnes pratiques professionnelles institutionnelles médico-soignantes dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la bienveillance.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription 15 maintenue jusqu'à la fin du projet « Handi'cap ».</p>
<p>Écart 15 : Les modalités de prescriptions ne permettent pas au médecin traitant de prendre en compte et d'analyser l'ensemble des traitements du patient afin de procéder à leur prescription et de générer un PSI validé, mentionnant l'intégralité du traitement en vigueur à administrer.</p>	<p>R4311-7 CSP</p>	<p>Prescription 16 : Faire en sorte que seule la prescription établie par le médecin traitant, qui intègre les prescriptions établies par les autres médecins spécialistes intervenants (dont le psychiatre), soit prise en compte pour l'élaboration du plan de soin individuel de chaque patient.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription 16 levée.</p>

<p>Écart 16 : Les boîtes de médicament destinées à un même résident ne sont pas livrées regroupées dans un paquet scellé opaque au nom du destinataire.</p>	R5125-47 CSP	<p>Prescription 17 : Demander à la pharmacie de livrer les traitements des résidents de façon individualisée (sachet scellé au nom du résident).</p>	3 mois		<p>Le projet de convention liant la MAS à la pharmacie dispensatrice (en cours de réactualisation) ne prévoit pas la livraison des médicaments (hors pilulier) de façon individualisée.</p> <p>Prescription 17 maintenue dans l'attente de la signature de la convention prenant en compte les prescriptions formulées (17 et 18).</p> <p><i>Des suggestions de modification à ce projet de convention sont proposées de façon, notamment, à intégrer ces prescriptions (cf. ANNEXE 1_E16.1_ars).</i></p>
<p>Écart 17 : L'absence de dénomination commune internationale (DCI) sur le sachet de prise (pour les médicaments substituables) ne permet pas à l'IDE de vérifier que le médicament administré correspond à celui prescrit.</p>	R4311-7 CSP	<p>Prescription 18 : Demander à la pharmacie de faire figurer la DCI des médicaments sur les sachets de prises (bandes de sachets).</p>	3 mois		<p>Prescription 18 maintenue dans l'attente de la signature de la convention prenant en compte les prescriptions formulées (17 et 18)</p> <p><i>Des suggestions de modification à ce projet de convention sont proposées de façon, notamment, à intégrer ces prescriptions (cf. ANNEXE 1_E16.1_ars).</i></p>

<p>Écart 18 : Les locaux où sont détenus des médicaments ne sont pas accessibles uniquement aux personnes habilitées.</p>	<p>R4312-3 CSP</p>	<p>Prescription 19 : Maintenir la seconde porte de la pharmacie fermée.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Lors de l'inspection l'infirmierie comportait deux accès, dont un seul verrouillé par un digicode. La mesure corrective vise à installer une molette, sans détail supplémentaire. De façon à corriger cette situation à moindre coût il est proposé de supprimer la béquille de la porte (poignée) concernée, côté extérieur. Prescription 19 maintenue dans l'attente de la transmission de la preuve de mise en conformité.</p>
<p>Écart 19 : La gestion des médicaments n'est pas toujours satisfaisante en termes de conditions d'utilisation.</p>	<p>R4312-38 CSP</p>	<p>Prescription 20 : Améliorer la gestion des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concernant les gouttes buvables : <ul style="list-style-type: none"> • Renseigner les flacons ouverts de leur date d'ouverture, • Regrouper les « pipettes doseuses » pour un même médicament dans des gobelets distincts. ✓ Concernant les troussees pour séjour à l'extérieur : <ul style="list-style-type: none"> • Retirer les médicaments périmés ou qui ne sont plus prescrits, • Préparer les « si besoin » comme dans le cas du secteur « TSA » (pilulier coulissant à compartiment identifié et renseigné du « si besoin » contenu). 	<p>3 mois</p>		<p>Prescription 20 levée.</p>

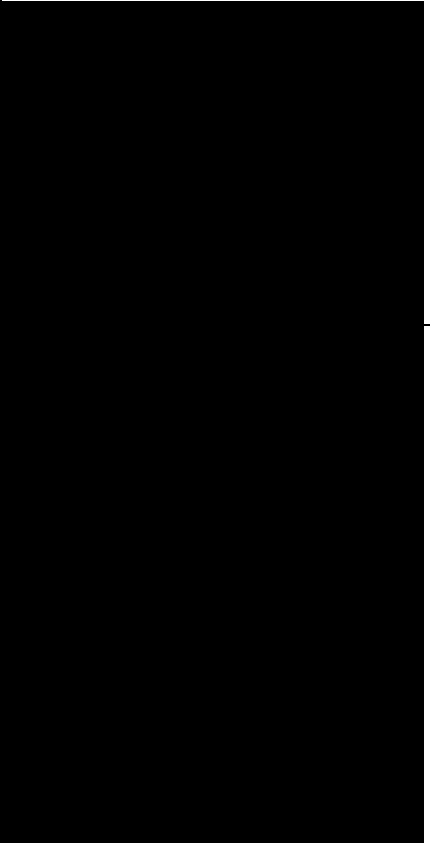

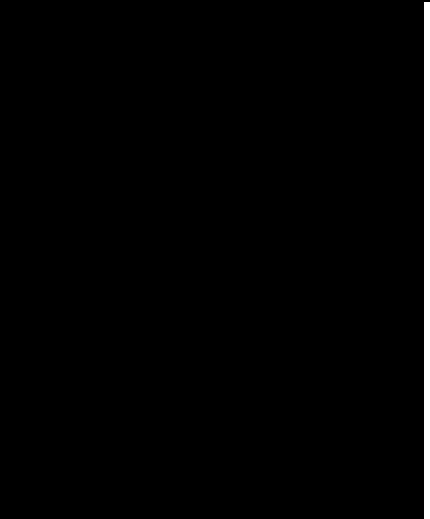
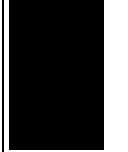
<p>Écart 20 : La préparation des gouttes n'est pas réalisée au regard de la prescription en cours ce qui constitue un risque d'erreur.</p>	R4311-7 CSP	<p>Prescription 21 : Préparer les gouttes au regard des « plans d'administration » en cours de validité ou d'une extraction informatique de ceux-ci correspondant à l'heure de prise. Mettre fin aux retranscriptions.</p>	3 mois		<p>Prescription 21 levée.</p>
<p>Écart 21 : Les « si besoins » ne font pas l'objet d'une vérification à chaque nouvelle prescription.</p>	R4312-38 CSP	<p>Prescription 22 : Vérifier et modifier, le cas échéant, à chaque nouvelle prescription, les « si besoin » préparés à l'avance.</p>	3 mois		<p>Il est pris acte de l'organisation renforcée avec, pour les « si besoin », « un recours obligatoire, de jour comme de nuit, à une IDE ».</p> <p>Prescription 22 levée.</p>

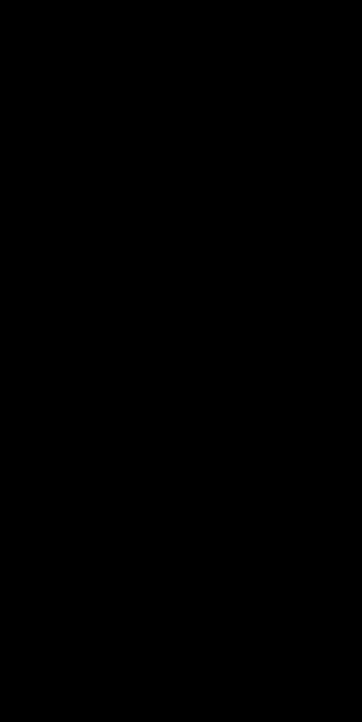
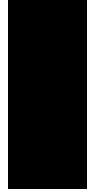
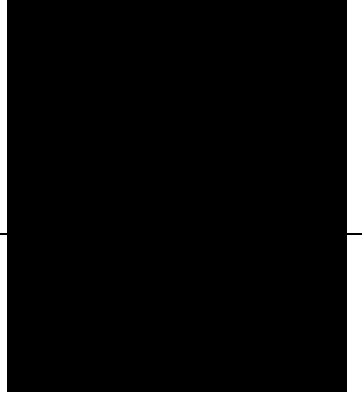

Écart 22 : Le format d'édition (recto) du plan de soins individuel (PSI) -récapitulatif des administrations- ne garantit pas l'identité du patient sur tous les documents utilisés.	R4312-38 CSP	Prescription 23 : Éditer le PSI de chaque résident sous format recto-verso.	3 mois		Prescription 23 maintenue.
Écart 23 : La gestion des médicaments n'est pas toujours satisfaisante en termes de conditions d'utilisation.	R4312-38 CSP	Prescription 24 : <ul style="list-style-type: none"> • Retirer régulièrement les médicaments périmés, • Conserver les médicaments sous clef (infirmierie « Polyhandicap »), • Utiliser les boites des médicaments l'une après l'autre (et non plusieurs simultanément). 	3 mois		Prescription 24 levée. Délai de mise en œuvre étendu à 6 mois, comme demandé, pour l'acquisition de dispositifs de rangement des médicaments sécurisés en remplacement du « Rotomat » défectueux.

<p>Écart 24 : Les prescriptions de médicaments stupéfiants ne sont pas établies sur des ordonnances dites sécurisées.</p>	R5132-5 CSP	<p>Prescription 25 : Prescrire les médicaments stupéfiants sur des ordonnances sécurisées.</p>	Immédiat		<p>Prescription 25 levée.</p>
<p>Écart 25 : Dans le secteur « TSA », l'aide à la prise n'est pas coordonnée sous la responsabilité de l'IDE.</p>	R4311-4 CSP	<p>Prescription 26 : L'IDE du secteur doit procéder à l'administration des traitements. Elle peut sous, sa responsabilité, bénéficier de la collaboration des AS ou AES qu'elle encadre. Cette organisation doit être décrite dans un protocole de soins afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des modalités de la prise.</p>	3 mois		<p>Prescription 26 levée. (Cf. Prescription 22 levée)</p>

<p>Écart 26 : Dans le secteur « TSA », les traitements administrés par du personnel non-infirmier ne sont pas toujours préparés à l'avance par l'IDE.</p>	L313-26 CASF	<p>Prescription 27 : L'IDE du secteur doit procéder à la préparation des traitements pour que seul l'aide à la prise soit réalisée par du personnel participant aux actes de la vie courante. Dans ce cas, l'administration de « si besoin » implique l'aval d'un infirmier.</p>	3 mois		<p>Prescription 27 levée. (Cf. Prescription 22 levée)</p>
<p>Écart 27 : La gouvernance n'a pas remis de procédure institutionnelle validée de gestion du risque infectieux.</p>	L1311-1, L1311-2 CSP	<p>Prescription 28 : Rédiger et organiser les modalités d'appropriation de la procédure institutionnelle de gestion du risque infectieux décrivant les règles standard de prévention en matière d'hygiène et aseptie (locaux, tenues professionnelles) ainsi que les mesures particulières. Transmettre le document et le calendrier de formation.</p>	3 mois		<p>Prescription 28 maintenue.</p>
<p>Écart 28 : Les conditions de stockage des DASRI ne respectent pas la réglementation.</p>	R1335-7 CSP - Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques	<p>Prescription 29 : Mettre en place des conditions de stockage satisfaisantes DASRI dans le respect de la réglementation.</p>	3 mois		<p>Il est pris acte de la décision de livrer et détenir les emballages neufs (cartons pliés de DASRI) à l'infirmierie et non plus au local DASRI. Prescription 29 levée.</p>
<p>Écart 29 : Il n'a pas été identifié l'ensemble des partenaires intervenant en interne et en</p>	L311-8, L312-7, D311-38, D344-5-	<p>Prescription 30 : Procéder à l'identification complète des filières et professionnels de santé</p>	6 mois		<p>Prescription 30 maintenue.</p>

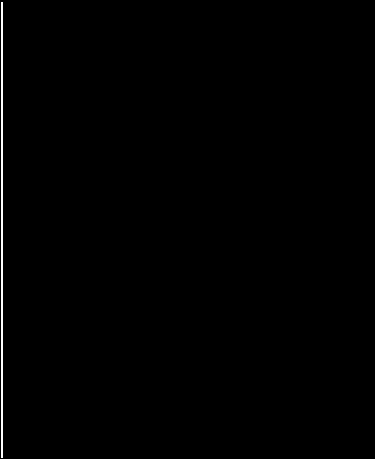

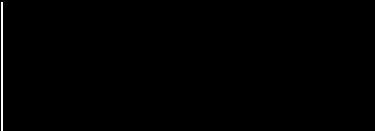
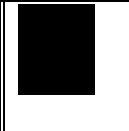
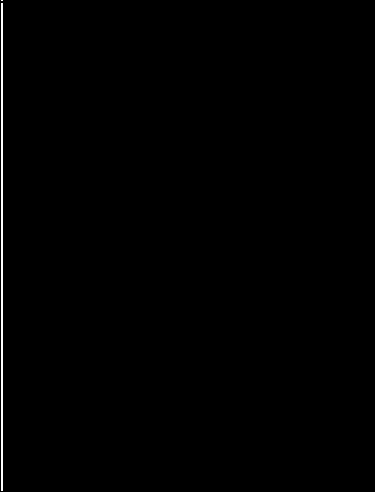

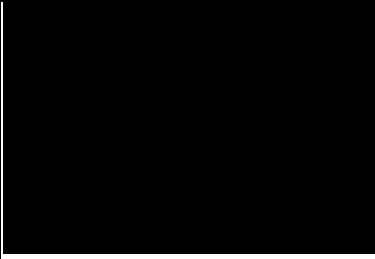

<p>externe pour assurer la fluidité et la coordination des parcours de santé des résidents hébergés et signer des conventions de partenariat.</p>	<p>5 et D344-5-15 CASF</p>	<p>intervenant dans les parcours de santé des résidents et formaliser avec eux des conventions de partenariat afin de sécuriser la continuité et la qualité des prises en charge.</p>				
<p>Écart 30 : En l'absence de convention avec un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement ne respecte pas les dispositions réglementaires.</p>	<p>D344-5-6 CASF</p>	<p>Prescription 31 : Signer une convention avec un établissement de santé pour définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences.</p>	<p>3 mois</p>			<p><u>Prescription 31 maintenue.</u> Délai de 3 mois maintenu.</p>

Remarques majeures (2)	Prescription - 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>Remarque majeure 1 : L'organigramme présente un déséquilibre dans la fonction de management et une confusion entre le « soin » et « l'éducatif », ce qui potentiellement peut entraver la qualité de la prise en charge des résidents. En effet, les unités « Polyhandicap » pâtissent de l'absence de cadre éducatif, qui menait, jusqu'à la modification de l'organigramme, le suivi du projet d'animation et de vie sociale ainsi que le lien avec les familles.</p>	<p>Prescription 4 : Revoir l'organigramme à l'occasion des travaux de réorganisation du travail, dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement actualisé.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Prescription 4 levée.</p>
<p>Remarque majeure 2 : Absence de clarté et de lisibilité concernant la procédure d'admission et non systématisation de l'avis médical.</p>	<p>Prescription 11 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser davantage la procédure d'admission, ▪ La communiquer aux personnes concernées, ▪ L'inscrire dans le futur projet d'établissement et le livret d'accueil, ▪ Garantir un avis médical systématique pour chaque nouvelle admission. 	<p>1 mois</p>			<p>Prescription 11 maintenue dans l'attente de la transmission de la procédure d'admission actualisée et validée.</p>

Remarques (19)	Recommandations - mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision de l'ARS
<p>Remarque 1 : Les outils et espaces de communication auprès des familles sont insuffisants, notamment pour les familles du secteur « Polyhandicap » qui ne bénéficient plus des rencontres trimestrielles relatives au fonctionnement.</p>	<p>Recommandation 1 : Transmettre les preuves d'une réflexion institutionnelle globale sur les axes d'amélioration de la communication aux familles, en impliquant le CVS, en s'inspirant des démarches structurées du secteur « autisme » de cet établissement.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Recommandation 1 maintenue.</p>
<p>Remarque 2 : Il n'existe pas d'enquête annuelle de satisfaction des résidents et de leurs familles portant sur l'année écoulée.</p>	<p>Recommandation 2 : Engager un groupe de travail avec des professionnels intéressés, des jeunes, des familles et associer le CVS afin d'identifier les différents points de l'enquête ainsi que son format, l'objectif</p>	<p>3 mois</p>			<p>Recommandation 2 levée.</p>

	étant la production d'une enquête annuelle de satisfaction auprès de personnes accueillies et des familles/représentants légaux. Le gestionnaire évaluera annuellement la portée de cette enquête et son impact.			
Remarque 3 : La mission n'a pas pu constater une véritable démarche qualité structurée et connue des salariés.	Recommandation 3 : À l'occasion de la rédaction du nouveau projet d'établissement, la démarche qualité du gestionnaire devra y être clairement exposée ainsi que les modalités d'appropriation par le personnel.	3 mois		Recommandation 3 maintenue avec un délai de 6 mois accordé.
Remarque 4 : La saisie de toutes les étapes de suivi du traitement des événements indésirables (EI) saisis est incomplète.	Recommandation 4 : Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, le gestionnaire transmettra la synthèse des actions entreprises visant à améliorer le traitement et le suivi des EI saisis.	3 mois		Recommandation 4 maintenue.
Remarque 5 : La mission n'a pas suffisamment d'éléments pour confirmer l'appropriation par les professionnels du ou des différents dispositifs de soutien, lesquels sont peu définis dans leur objectifs et leur accès.	Recommandation 5 : Une formalisation des différents dispositifs de soutien des professionnels est attendu et servirait à l'appropriation de ceux-ci par l'ensemble des professionnels. Transmettre les éléments de formalisation et de diffusion de ces dispositifs.	3 mois		Recommandation 5 maintenue.
Remarque 6 : Aux jours de l'inspection, la composition des équipes est encore fragile et instable.	Recommandation 6 : L'amélioration de la stabilité des équipes doit se poursuivre. Transmettre à l'ARS : <ul style="list-style-type: none"> Un plan d'actions RH précisant les mesures immédiates, de moyen et 	1 mois		Recommandation 6 maintenue avec un délai de 3 mois accordé.

	<p>long-terme visant à réduire le recours à l'intérim,</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats des indicateurs de suivi relatifs à l'absentéisme, emplois vacants et composition (CDI, CDD, intérim) des différentes équipes. 			
<p>Remarque 7 : Une partie importante du personnel ne dispose pas de fiche de poste.</p>	<p>Recommandation 7 : Faire signer une fiche de poste adaptée à chaque salarié intervenant dans l'établissement afin de faciliter et clarifier les relations dans le travail et offrir un support précieux aux entretiens professionnels.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 7 maintenue avec un délai de 6 mois accordé.</p>
<p>Remarque 8 : L'établissement a priorisé ces dernières années, les besoins de formations des professionnels des unités « TSA », dans le cadre de leur montée en compétences et de l'ouverture des unités « TSA ».</p>	<p>Recommandation 8 : Adapter le plan de formation aux besoins identifiés sur les unités « Polyhandicap » afin d'équilibrer la stratégie de formation de l'établissement.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 8 maintenue.</p>

<p>Remarque 9 : L'organisation permettant d'intégrer les nouveaux personnels et stagiaires n'est pas formalisée et l'information fournie ne concerne pas la MAS.</p>	<p>Recommandation 9 : Transmettre à chaque nouveau professionnel de la MAS, quel que soit son statut, une documentation complémentaire à l'existante, focalisée sur la MAS et élaborer une procédure interne d'intégration.</p>	<p>3 mois</p>			<p><u>Recommandation 9 maintenue.</u></p>
<p>Remarque 10 : L'établissement ne dispose pas d'un DUERP valide aux jours de l'inspection.</p>	<p>Recommandation 10 : transmettre le DUERP actualisé.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Recommandation 10 levée.</u></p>
<p>Remarque 11 : Absence de traduction des PAP en FALC.</p>	<p>Recommandation 11 : Traduire les PAP en FALC afin d'en faciliter la compréhension par les personnes concernées.</p>	<p>6 mois</p>			<p><u>Recommandation 11 maintenue en lien avec :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Une réflexion institutionnelle à développer sur l'autodétermination des personnes accompagnées ; · Une action de formation à prévoir sur la CAA et le FALC.
<p>Remarque 12 : Absence de communication aux familles de l'état de réalisation du PAP à la mi-année.</p>	<p>Recommandation 12 : Mettre en place un dispositif permettant aux familles de consulter régulièrement l'état de réalisation du PAP validé pour l'année et en cours.</p>	<p>6 mois</p>			<p><u>Recommandation 12 maintenue.</u></p>

Remarque 13 : Absence d'échelle de la douleur.	Recommandation 13 : Transmettre des éléments de preuve d'utilisation « d'échelle de la douleur » par les équipes accompagnantes.	Immédiat		Recommandation 13 maintenue.
Remarque 14 : Les résidents des unités « Polyhandicap » pâtissent d'un manque d'activités en nombre et diversité.	Recommandation 14 : Le gestionnaire doit veiller à ce que chaque résident des unités « Polyhandicap » bénéficie d'un planning d'activités diversifiées, adaptées et en nombre plus important. Transmettre des éléments de preuve d'amélioration.	6 mois		Recommandation 14 maintenue.
Remarque 15 : La salle Snoezelen est aléatoirement utilisée pour diverses raisons (manque de formation, manque de structuration dans les plannings, manque de traçabilité de son utilisation, etc.).	Recommandation 15 : Porter une réflexion globale sur la MAS avec les professionnels, les familles et les résidents afin d'améliorer l'utilisation de cet outil.	12 mois		Recommandation 15 maintenue.
Remarque 16 : La formalisation et l'institutionnalisation insuffisantes des temps de réunion d'équipes ne permettent pas de répondre aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.	Recommandation 16 : Mettre en place des temps de réunion d'équipes formalisés et institutionnalisés dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.	6 mois		Recommandation 16 levée.
Remarque 17 : Les professionnels rééducateurs travaillent au quotidien avec les soignants mais il n'existe pas de projet partagé entre eux.	Recommandation 17 : Réfléchir à l'élaboration de projets transversaux impliquant différentes catégories de professionnels au bénéfice des résidents, notamment sur le secteur « Polyhandicap » afin de le redynamiser.	6 mois		Recommandation 17 maintenue.
Remarque 18 : Le manque de formation institutionnelle du personnel de la MAS au logiciel de soins utilisé dans l'établissement ne permet pas aux professionnels d'utiliser pleinement et de manière adéquate cet outil informatique.	Recommandation 18 : Mettre en place des sessions régulières et institutionnalisées de formation du personnel (y compris les nouveaux arrivants) aux logiciels utilisés dans l'établissement, et notamment le logiciel de soin.	6 mois		Recommandation 18 maintenue.

<p>Remarque 19 : En ne systématisant pas le recueil du consentement, la réévaluation et sa traçabilité, le protocole de contention existant ne respecte pas les recommandations de la Conférence de consensus de novembre 2004.</p>	<p>Recommandation 19 : Systématiser et tracer la réévaluation des contentions dans l'établissement, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.</p>	<p>6 mois</p>			<p><u>Recommandation 19 maintenue.</u></p>