

Service émetteur : Direction des usagers, des affaires juridiques  
et de l'inspection-contrôle  
Pôle Inspection Contrôle

05.5 4.50.27.00

Réf. : DUAJIC-PIC/2023-080  
Date : 05.12.2023

N° PRIC : MS\_2023\_81\_CS\_04

Monsieur le Directeur Général  
Groupe ITINOVA  
Tour Part-Dieu,  
129 Rue Servient  
69003 LYON

**Courrier RAR n° 2C 162 110 3106 1**

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

**Objet :** Inspection conjointe de l'EHPAD Inspection « Louise ANCEAU » à Albi (81000)  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Directeur Général,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement les 19 et 20 septembre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 17 octobre 2023, 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 15 novembre 2023.

Après recueil et analyse de vos observations, nous vous notifions notre 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.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, nous organiserons 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 nos 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 Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention, 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 « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr) ».

Nous savons 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.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur Général de l'ARS Occitanie

#SIGNATURE#

Didier JAFFRE

Le Président du Conseil Départemental du Tarn

Christophe RAMOND

**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle**  
**Pôle Régional Inspection Contrôle**

Tableau final de synthèse des écarts et des remarques

**Inspection de l'EHPAD Louise Anceau - 81 ALBI**  
**19 et 20 septembre 2023**

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

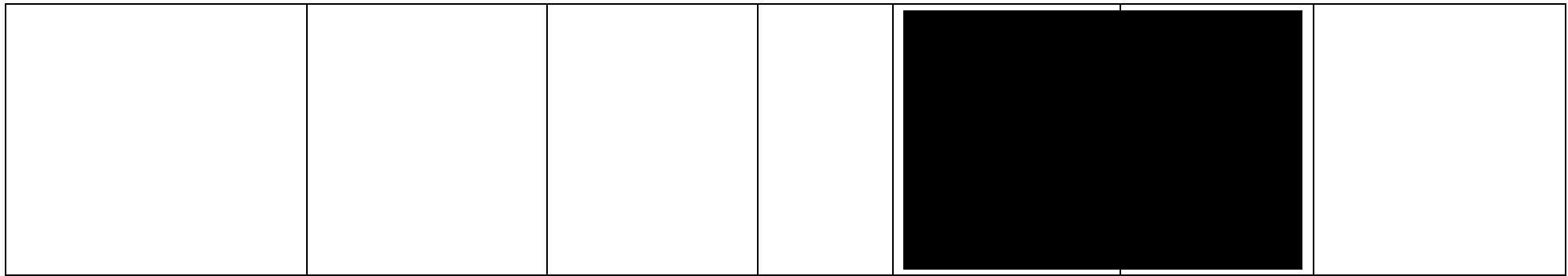
*Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

Ecarts	Rappel de la règlementation	Mesure (Injonction, prescription, recommandation) 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	Justificatifs	Décision de l'ARS
<b>Ecart 1</b> : Des agents ASH occupent des fonctions d'AS.	L4394-1 CSP Art L312-1-II, al.2 CASF Pluridisciplinarité de l'équipe : art D 312-155-0 du CASF délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP qualité et sécurité de la PEC : l'article L311-3 du CASF L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant.	<b>Prescription 1</b> : Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.	Immédiat		<b>La prescription est maintenue</b> : Le gestionnaire institutionnalise les faisant fonction en établissant une fiche de poste "agent de soins". Ces missions relèvent d'un aide-soignant dont le statut est protégé par un diplôme.	
<b>Ecart 2</b> : Il n'y a pas de registre des entrées-sorties.	Art. L331-2 CASF	<b>Prescription 2</b> : Le gestionnaire devra mettre en place un registre où seront portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie.	Immédiat		<b>Dont acte la prescription est levée</b> . Le registre doit cependant être côté et paraphé par le maire.	

<p><b>Ecart 3 :</b> Le livret d'accueil n'a pas de "charte des droits et libertés de la personne accueillie" annexée.</p>	<p>Art. L311-4 CASF</p>	<p><b>Prescription 3 :</b> Le gestionnaire devra annexer au livret d'accueil, qu'il remettra à la personne accueillie la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.</p>	<p><b>à chaque nouvelle entrée d'un résident</b></p>		<p><b>Dont acte la prescription est levée.</b></p>
<p><b>Ecart 4 :</b> Le gestionnaire n'a pas mis en œuvre toutes les mesures nécessaires permettant de garantir et d'aménager la liberté d'aller et venir des personnes. Ne faisant pas l'objet d'un protocole précis et motivé, la restriction d'aller et venir constitue la règle générale.</p>	<p>Art. L311-3, 1<sup>o</sup> CASF</p>	<p><b>Prescription 4 :</b> Mettre en place une commission incluant les personnes accueillies qui aurait pour mission d'évaluer les questions relatives aux restrictions à la liberté d'aller et venir, et de formaliser un protocole en cas de restriction.</p> <p>Joindre à chaque contrat de séjour une annexe définissant les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b>La prescription est maintenue.</b></p>

<p><b>Ecart 5 :</b> le PASA ne répond pas aux modalités de fonctionnement attendues. L'environnement architectural du PASA est très peu dédié aux activités individuelles et collectives prévues dans ce cadre. Le programme thérapeutique est réduit en durée/temps et en type d'activités. L'équipe du PASA est réduite à l'ergothérapeute, l'AS et l'ASG étant mobilisées concomitamment sur l'UVP.</p>	<p>D312-155-0-1 CASF</p>	<p><b>Prescription 5 :</b> Le gestionnaire devra se conformer à la réglementation relative au PASA décrite dans l'article D312-155-0-1 du CASF</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b>La prescription est maintenue.</b> Les éléments apportés ne permettent pas de répondre au cahier des charges relatif au PASA.</p>
<p><b>Ecart 6 :</b> l'ensemble des résidents n'a pas un projet d'accompagnement personnalisé réévalué ou conçu.</p>	<p>L311-4-1 ; L342-2 ; R3110-6 et 0-9 du CASF</p>	<p><b>Prescription 6 :</b> Le gestionnaire devra s'assurer de la mise en place d'un PAP pour chacune des personnes accueillies, ainsi que d'une Procédure d'évaluation/actualisation périodique.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>Maintien de la prescription</b> dans l'attente que la totalité des résidents dispose d'un PAP. Le gestionnaire transmettra à l'ARS un export NETSOINS permettant de justifier un taux de 100%.</p>

<p><b>Ecart 7 :</b> en ne disposant pas d'un médecin coordinateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312156 du CASF. Pour être conforme au fonctionnement règlementaire d'un EHPAD de 89 places, le temps de présence du médecin coordinateur ne peut être inférieur à un équivalent temps plein de 0.6.</p>	<p><b>L313-12 V ; R311-0-7 ; D312-156 à D312-159-1</b></p>	<p><b>Prescription 7 :</b> Le gestionnaire devra recruter un médecin coordinateur à 0.6 ETP et transmettre à l'ARS le contrat de travail ou les éléments prouvant une démarche active de recherche</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>La prescription est maintenue dans l'attente de la réception du contrat de travail.</b></p>
<p><b>Ecart 8 :</b> L'ensemble du processus du circuit du médicament n'est pas complètement sûre. S'ajoute la transmission des prescriptions à la pharmacie par messagerie non sécurisée.</p>	<p>L313-26 ; R4311-2 et suivants ; R4312-10 et suivants ; R4127-2, 3, 8, 34 et 70 ; R4235-48 du CSP <b>L313-25 et R313-26 du CASF</b></p>	<p><b>Prescription 8 :</b> Le circuit du médicament doit être revu dans son ensemble afin de le sécuriser au mieux selon les préconisations établies par l'OMEDIT Occitanie.</p>	<p><b>3 mois</b></p>	<p>medicament-a-etc</p>	<p><b>La prescription est maintenue dans l'attente de la réception des justificatifs attestant la mise en œuvre effective des préconisations établies par l'OMEDIT Occitanie.</b></p>

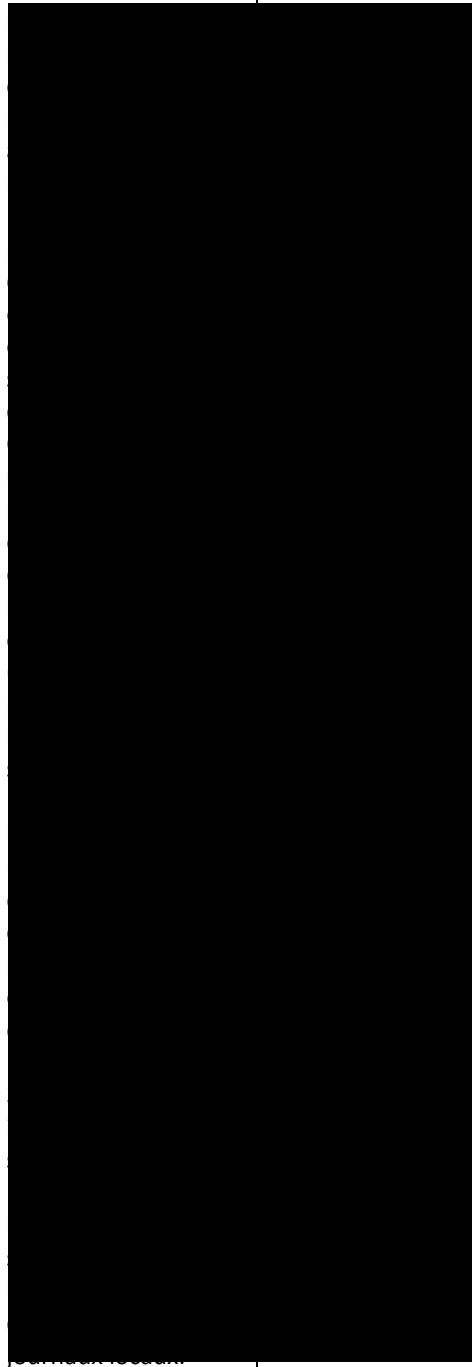


Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision de l'ARS
<b>Remarque 1</b> Le projet d'établissement n'est pas connu du personnel compte tenu du turn over important.	<b>Recommandation 1</b> Le gestionnaire devra veiller à associer le personnel à la construction du prochain projet d'établissement, par le biais de groupes de travail notamment.	6 mois			<b>La recommandation est maintenue.</b>
<b>Remarque 2</b> La fiche de poste n'est pas nominative, ni signée et ni datée.	<b>Recommandation 2</b> Le gestionnaire doit veiller à ce que la fiche de poste de la directrice soit personnalisée.	1 mois		<b>Dont acte la recommandation est levée.</b>	
<b>Remarque 3</b> Absence de document formalisant la continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la directrice.	<b>Recommandation 3</b> Le gestionnaire doit prévoir la rédaction d'un document, daté et signé, formalisant la/les subdélégation(s) qui permettra la continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la directrice.	1 mois		<b>La recommandation est maintenue.</b>	
<b>Remarque 4</b> Les employés de l'établissement signalent un manque de communication et de temps de coordination de l'équipe managériale.	<b>Recommandation 4</b> : Le gestionnaire devra organiser des temps réguliers d'échanges avec les différentes équipes.	3 mois		<b>La recommandation est partiellement levée</b> car il est nécessaire que les ASH puissent bénéficier de ces temps d'échanges au même titre que les AS.	

<b>Remarque 5</b> Absence de règlement intérieur.	<b>Recommandation 5</b> : Rédiger et transmettre un règlement intérieur conforme à la législation en vigueur.	<b>2 mois</b>		<b>Dont acte la recommandation est levée.</b> Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.
<b>Remarque 6</b> Au jour de l'inspection, la fréquence des réunions du CVS en 2023 est inférieure à la réglementation. Le classeur contenant les PV du CVS n'est pas à jour.	<b>Recommandation 6</b> : Le gestionnaire devra veiller à réunir le CVS trois fois minimum en 2023 et mettre à jour le classeur mis à disposition à l'accueil.	<b>Dernier trimestre 2023</b>		<b>La recommandation est maintenue</b> dans l'attente de la transmission du PV de la réunion prévue le 20/12/2023. Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.
<b>Remarque 7</b> : Compte tenu du turn over important du personnel depuis l'élaboration du projet d'établissement actuel, et de l'arrivée très récente de la directrice, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas connue du personnel.	<b>Recommandation 7</b> : Le gestionnaire devra veiller à l'engagement de l'établissement dans une politique formalisée, identifiée de promotion de la bientraitance ainsi que de prévention et de lutte contre la maltraitance. Il s'assurera que cette politique est connue par l'ensemble des salariés, des résidents ainsi que des familles. Le prochain projet d'établissement devra prévoir la politique liée à la promotion de la bientraitance ainsi que de la prévention et de la lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement, notamment en matière de gestion du personnel, de formation, d'évaluation et de contrôle.	<b>au prochain PE</b>		<b>La recommandation est maintenue.</b>

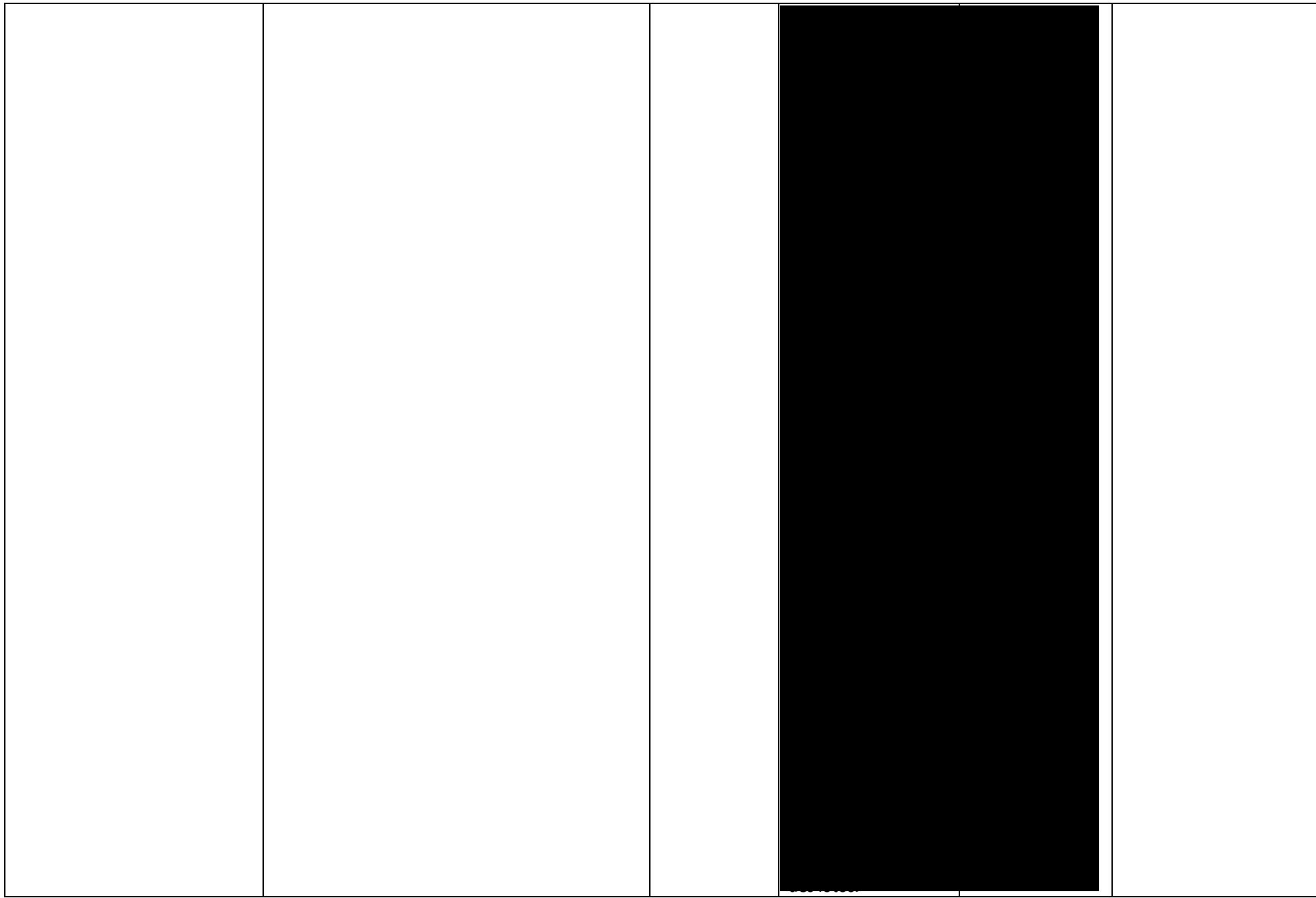
<p><b>Remarque 8 :</b> Absence de comité de retour d'expérience (CREX) sur les évènements indésirables.</p>	<p><b>Recommandation 8 :</b> Le gestionnaire devra mettre en place des CREX en équipe pluridisciplinaire.</p>	<p><b>Dès la survenue d'un EIG</b></p>		<p><b>La recommandation est levée.</b> Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation. Cependant, bien que l'équipe pluridisciplinaire se réunisse pour analyser l'EI, il est nécessaire de partager cette analyse avec le personnel et notamment l'agent ayant déclaré l'EI.</p>
<p><b>Remarque 9 :</b> L'application AGEVAL n'est pas connue de l'ensemble du personnel.</p>	<p><b>Recommandation 9 :</b> Le gestionnaire devrait proposer un tutoriel pour faciliter les déclarations.</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b>La recommandation est levée.</b> Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.</p>
<p><b>Remarque 10 :</b> Absence d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).</p>	<p><b>Recommandation 10 :</b> Le gestionnaire devra réaliser des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).</p>	<p><b>1 an</b></p>		<p><b>La recommandation est maintenue.</b></p>

<p><b>Remarque 11 :</b> Les fiches de poste ne sont pas nominatives, ni signées et ni datées.</p>	<p><b>Recommandation 11 :</b> Le gestionnaire doit veiller à ce que les fiches de postes soient signées par les salariés.</p>		<p><b>La recommandation est maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque 12 :</b> L'établissement a recours à de nombreux CDD en intérim.</p>	<p><b>Recommandation 12 :</b> Le groupe ITINOVA devrait s'attacher à rendre plus attractif l'établissement. Transmettre à l'ARS et au CD81 les actions mises en œuvre en lien avec l'attractivité ainsi que les justificatifs afférents aux nouveaux recrutements sur les postes IDE et médecin co.</p>		<p><b>Dont acte la recommandation est levée.</b> Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.</p>

<p><b>Remarque 13 :</b> Absence de groupes d'analyses et de pratiques.</p>	<p><b>Recommandation 13 :</b> L'établissement devrait faire appel à un prestataire extérieur pour réaliser des GAP en y associant l'ensemble du personnel.</p>	<p><b>10 mois</b></p>		
<p><b>Remarque 14 :</b> Le circuit d'alerte suite au déclenchement d'un appel malade n'est pas opérationnel.</p>	<p><b>Recommandation 14 :</b> l'établissement doit s'assurer de l'efficience de son système d'appel malade en procédant à des tests réguliers de réactivité d'intervention avec l'ensemble des équipes.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Dont acte la recommandation est levée.</b> Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.</p>

<b>Remarque 15 :</b> La procédure d'admission des personnes est en cours de rédaction.	<b>Recommandation 15 :</b> Le gestionnaire devra veiller à une formalisation aboutie de la procédure d'admission et à sa diffusion auprès de l'ensemble du personnel, ainsi qu'à la conclusion du contrat de séjour avec la personne accueillie ou son représentant légal.	<b>3 mois</b>		<b>Dont acte la recommandation est levée.</b> Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.
<b>Remarque 16 :</b> L'association des proches et des bénévoles n'est pas développée.	<b>Recommandation 16 :</b> le gestionnaire devra s'attacher à améliorer l'intégration des familles dans la vie de l'établissement dans l'accompagnement des proches.	<b>3 mois</b>		<b>Dont acte la recommandation est levée.</b> Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.



<p><b>Remarque 17 :</b> Absence de dépistage et de sensibilisation sur les risques de maltraitance.</p>	<p><b>Recommandation 17 :</b> Mettre en place un protocole de dépistage et d'évaluation des risques, et veiller à spécifier le rôle et la place de chacun des professionnels dans la démarche.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p>Dont acte la recommandation est levée.</p>
<p><b>Remarque 18 :</b> aucune convention de partenariat signée avec les établissements, structures et professionnels de santé du territoire pour mettre en œuvre les objectifs</p>	<p><b>Recommandation 18 :</b> Le gestionnaire devra se rapprocher et formaliser une démarche partenariale avec l'HAD, les structures de soins gériatriques du territoire. Il transmettra les conventions de partenariat avec ces structures mais aussi celle avec l'Equipe mobile de géronto psychiatrie du Bon sauveur</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p>La recommandation est maintenue car aucune convention de partenariat transmise ne concerne ni l'HAD ni les structures de soins gériatriques ni l'équipe mobile de</p>

<p>stratégiques du projet institutionnel n'a été remise. Le partenariat avec le secteur hospitalier est très peu développé.</p> <p>Au vu du public âgé accueilli, le partenariat avec le secteur hospitalier gériatrique et l'HAD est nécessaire.</p>				<p>gérontopsychiatrie du Bon Sauveur.</p>
<p><b>Remarque 19 :</b> l'équipe managériale n'a pas mis en opérationnalité l'usage de la télémédecine avec les partenaires territoriaux.</p>	<p><b>Recommandation 19 :</b> l'équipe managériale doit se réapproprier les modalités de fonctionnement de la télémédecine et la promouvoir auprès des partenaires territoriaux</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>La recommandation est maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque 20 :</b> les directives anticipées ne sont pas systématiquement demandées.</p>	<p><b>Recommandation 20 :</b> il est attendu que les directives anticipées doivent être recherchées auprès des résidents et/ou de leur Famille /représentant légal</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>Dont acte la recommandation est levée.</b></p>

<p><b>Remarque 21 :</b> L'évaluation gériatrique individuelle à l'entrée du résident est incomplète ; ne figurent pas pour certains résidents le besoin en soins au moyen du score PATHOS ni la réalisation systématique de la pesée du résident dès son arrivée.</p>	<p><b>Recommandation 21 :</b> l'évaluation gériatrique à l'entrée du résident dans la structure inclut systématiquement la connaissance et l'inscription dans le dossier de soins des pathologies en cours des résidents ainsi que la réalisation de la pesée.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>La recommandation est levée.</b> Le gestionnaire devra veiller à inscrire le nouveau médecin coordonnateur à cette formation PATHOS.</p>
<p><b>Remarque 22 :</b> Le protocole de lutte contre la dénutrition n'est pas finalisé et l'analyse des dossiers médicaux ne met pas en évidence l'observance des bonnes pratiques dans le champ de la dénutrition.</p>	<p><b>Recommandation 22 :</b> le protocole de lutte contre la dénutrition doit être finalisé. Il sera veillé à la diffusion, à l'appropriation et à l'application par les équipes de ce protocole.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>La recommandation est maintenue</b> car le protocole transmis n'est pas totalement conforme aux recommandations HAS du 10/11/2021 (pages 2 et 5). De plus il est en contradiction (page 3) avec la procédure d'entrée du résident où le résident doit être pesé dans la semaine de son entrée. Le nouveau protocole élaboré doit être connu des équipes.</p>

<b>Remarque 23 :</b> La procédure liée aux maladies neurodégénératives et troubles du comportement sévères n'a pas été présentée à la mission.	<b>Recommandation 23 :</b> Elaborer et transmettre à l'ARS la procédure liée aux maladies neurodégénératives et troubles du comportement sévères.	<b>6 mois</b>			<b>La recommandation est maintenue.</b>
<b>Remarque 24 :</b> La mission a observé l'absence de réévaluation régulière des contentions physiques.	<b>Recommandation 24 :</b> Il est attendu l'organisation d'une réévaluation pluridisciplinaire régulière et périodique des contentions physiques en lien avec les médecins traitants.	<b>1 mois</b>			<b>La recommandation est maintenue.</b>
<b>Remarque 25 :</b> La localisation du local à DASRI n'est pas connue par une partie des professionnels de santé et le protocole de gestion des déchets d'activités de soins n'est pas actualisé pour être celui de l'EHPAD Louise Anceau.	<b>Recommandation 25 :</b> Le responsable qualité devra associer l'ensemble du personnel à la démarche DASRI et veiller à l'actualisation du protocole de gestion des déchets d'activités de soins	<b>3 mois</b>			<b>La recommandation est levée.</b>
<b>Remarque 26 :</b> Le contrôle de température du réfrigérateur de la salle de soins n'est pas quotidien.	<b>Recommandation 26 :</b> la température du réfrigérateur de la salle de soins est relevée et notée quotidiennement.	<b>Immédiat</b>			<b>La recommandation est levée.</b>

<p><b>Remarque 27 :</b> La révision de la procédure de déclaration en interne des événements indésirables n'a pas été actualisée.</p>	<p><b>Recommandation 27 :</b> la procédure de déclaration en interne des événements indésirables doit être actualisée, il sera veillé à la diffusion et à son appropriation par le personnel de la structure</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>La recommandation est maintenue</b> car la mention "sans délai aux autorités", la nouvelle adresse mail (12 juin 2023) du point focal de l'ARS Occitanie n'y apparaissent pas. La nouvelle actualisation doit faire apparaître le nom de la directrice en poste. Ce n'est pas un écart qui a été formulé mais bien une recommandation.</p>
---	--	----------------------	--	--

