

Service émetteur : Direction départementale de la Haute Garonne

Date : 09/04/2025

N° PRIC : **MS\_2024\_31\_CS\_03**

Madame [REDACTED]  
Directrice  
EHPAD Augustin LABOUILHE  
Place du Souvenir  
31650 Saint-Orens-de-Gameville

Courrier RAR n°

**Objet :** Inspection de EHPAD Augustin LABOUILHE à Saint-Orens-de-Gameville (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

Madame la directrice,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD Augustin LABOUILHE sis Place du Souvenir à Saint-Orens-de-Gameville (31650) le 11 mars 2024, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 30 mai 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos observations.

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.

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, 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 L.121-1 et L.122-1 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 chargée de l'Autonomie et du Handicap, 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, Madame la directrice, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Général et par délégation,  
La Directrice Départementale de la  
Délégation Départementale de la Haute-Garonne



Isabelle REDINI


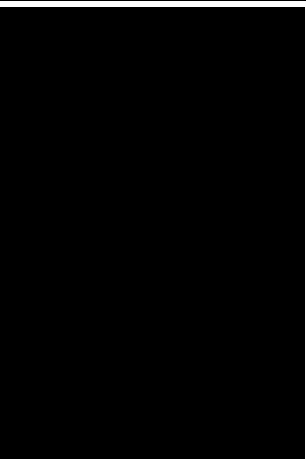
Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle  
Pôle Régional Inspection Contrôle

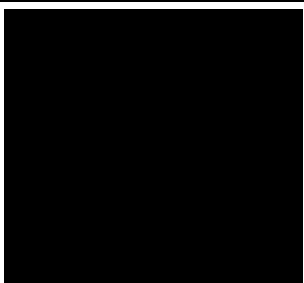
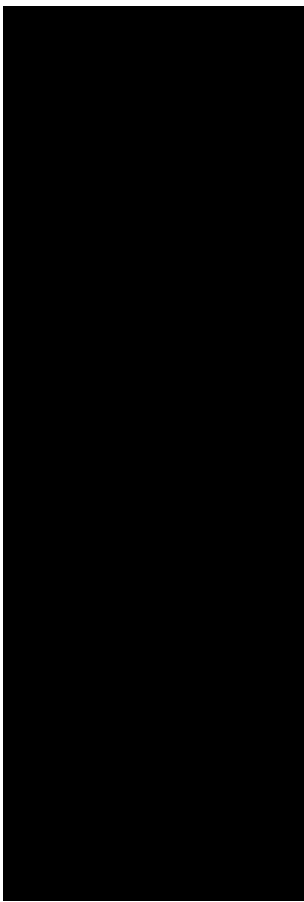
## Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Inspection du 11 février 2024 à l'EHPAD Augustin LABOUILHE (St Orens de Gameville – 31 650)

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


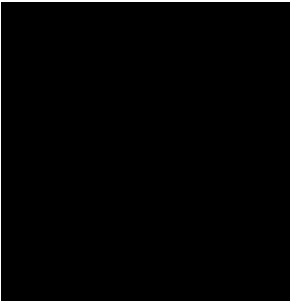
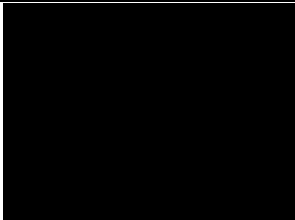
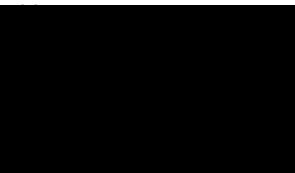
*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

Ecarts	Référence Règlementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<b>Ecart 1 :</b> Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission la présence d'un règlement de fonctionnement répondant aux exigences du CASF	Art L 311-7 CASF Articles R311-33 à R311-37 -1 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> L'établissement doit communiquer aux autorités de tarification et contrôle son règlement de fonctionnement	<b>Immédiat</b> (si le règlement existe et est en vigueur)  <b>6 mois</b> (si le règlement doit être révisé et adopté)		<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 2 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement formalisé et répondant aux exigences légales et réglementaires du CASF	Articles L311-8, D311-38 du CASF Art. D.312-158 du CASF Recommandations HAS 2010 MAJ du 16.03.2018 : « <i>Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement</i> »)	<b>Prescription 2 :</b> L'établissement doit communiquer aux autorités de tarification et contrôle son projet d'établissement	<b>12 mois</b>		Le projet d'établissement doit être révisé indépendamment de la programmation de la négociation du CPOM.  <b>Prescription maintenue</b>

<p><b>Ecart 3</b> Les astreintes dites de direction sont en réalité des astreintes administratives. Par ailleurs, certains agents ne disposent pas de la qualité pour les assurer.</p> <p>L'organisation des astreintes dites techniques, qui repose exclusivement sur deux agents, ne respecte pas les dispositions applicables en matière d'organisation des astreintes.</p> <p>Le formalisme des documents afférents la continuité de service ne permet pas d'établir que</p>	<p>Arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</p> <p>Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière _ art 23</p> <p>Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements</p>	<p><b>Prescription 3 :</b> L'établissement doit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir l'organisation des astreintes techniques ;</li> <li>- Actualiser les documents qualité relatifs à l'organisation de la continuité de service.</li> </ul>	<p><b>3 mois</b></p>	 	<p>Aucune pièce n'a été transmise pour attester de la mise en place de cette démarche.</p> <p>Concernant les astreintes techniques, leur réalisation doit respecter les dispositions applicables en matière d'astreinte. Il n'appartient pas à l'établissement de déroger au droit applicable, même si les agents y sont favorables.</p> <p><b>Prescription maintenue</b></p>

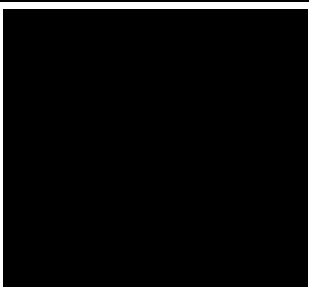

les documents considérés ont été soumis aux instances, diffusés et font l'objet d'une appropriation par les salariés.	mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière _ art 20				
---	---	--	--	--	--

<b>Ecart 4</b> La composition et le fonctionnement du CVS ne répondent que partiellement aux obligations législatives et réglementaires.	Articles L311-6, D311-3 à 20 et D311-26 à 32-1 CASF	<b>Prescription 4 :</b> L'établissement doit se conformer aux obligations législatives et réglementaires s'agissant de la gestion de son CVS et plus particulièrement concernant la composition, le fonctionnement et la transmission des comptes rendus.	<b>6 mois</b>		La pièce justificative fait apparaître 2 représentants des professionnels employés par l'établissement, 2 représentants de l'organisme gestionnaire et 2 représentants des membres de l'équipe medico-soignante alors que les textes ne prévoient qu'1 représentant pour chacun de ces collègues. En conséquence, le nombre total des représentants des personnes accueillies, et de leurs représentants légaux n'est pas supérieur à la moitié de la totalité des membres du CVS.

					Les comptes rendus des CVS ne sont pas adressés aux autorités de tarification et contrôle.  <b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 5 :</b> Depuis au moins deux ans, l'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé.	Article D311-15 du CASF	<b>Prescription 5 :</b> L'établissement doit procéder aux enquêtes de satisfactions telles prévues dans le CASF.	<b>6 mois</b>		En l'absence de pièce justificative  <b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 6 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une procédure actualisée et opérationnelle de déclaration des événements indésirables et événements indésirables graves.	L331-8-1 + R331-8 et 9 CASF Arrêté du 28 décembre 2016	<b>Prescription 6 :</b> L'établissement doit actualiser ses procédures relatives à la déclaration et gestion des événements indésirables et événements indésirables graves.	<b>6 mois</b>		La pièce communiquée n'est pas une procédure de déclaration et gestion des événements indésirables et événements indésirables graves.  <b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 7 :</b> L'établissement ne fait pas la distinction entre les EI, EIAS et EIGS ; en	L1413-14, R1413-68 et R 1413-69 du code de sante publique (CSP)	<b>Prescription 7 :</b> L'établissement doit s'engager dans une véritable démarche de culture qualité intégrant :	<b>6 mois</b>		La présence d'un outil sera un plus, mais ne sera pas suffisante pour porter une démarche qualité.



<p>particulier il n'existe pas de procédure de gestion et de déclaration spécifique des EIGS</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'outils d'analyse des évènements indésirables et évènements indésirables graves.</p> <p>La démarche de promotion de culture qualité incluant notamment la promotion du signalement, l'analyse des causes, la prévention de la réitération, la communication sur les dysfonctionnements n'est plus portée en interne.</p> <p>Les évènements indésirables sont insuffisamment portés à la connaissance des autorités de tarification et contrôle.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- En interne : le suivi, l'analyse et le retour d'expérience ;</li> <li>- En externe : l'information des autorités de tarification et contrôle.</li> </ul>			<b>Prescription maintenue</b>
<p><b>Ecart 8 :</b></p> <p>L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu actualisé et</p>	<p>Article D312-160 du CASF</p> <p>Arrête cahier des charges plan bleu 7 juillet 2005.</p>	<p><b>Prescription 9 :</b></p> <p>L'établissement doit actualiser son plan bleu et le</p>	<b>12 mois</b>		<p>Le projet d'établissement doit être révisé indépendamment de la conclusion du CPOM.</p>

répondant aux dispositions législatives et règlementaires.		communiquer aux autorités de tarification et contrôle.			En tout état de cause, le plan bleu doit être privilégié sur la mise en place du CPOM et du projet d'établissement.  <b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 9 :</b> Plus d'un tiers des personnels affectés à la prise en charge des résidents ne disposent pas du diplôme d'aide-soignant.	Articles L312-1- II, Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.2), D312-155-0-II, D312-157 du CASF Article L 4394-1 du CSP	<b>Prescription 9 :</b> L'établissement doit poursuivre sa politique de recrutement de personnel qualifiés soit via des recrutements extérieurs, soit via des formations diplômantes.	<b>12 mois</b>		L'établissement doit poursuivre la démarche engagée  <b>Prescription maintenue</b>

<b>Ecart 10 :</b> Le PV de la commission de sécurité n'a pas été adressé à la mission d'inspection.		<b>Prescription 10 :</b> Transmettre le PV de la commission de sécurité.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 11 :</b> L'établissement n'a pas formalisé sa procédure d'admission.	D312-158 CASF	<b>Prescription 11 :</b> L'établissement doit rédiger une procédure d'admission.	<b>1 mois</b>		La pièce justificative transmise ne comporte que le recto de la première page  <b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 12 :</b> Le temps de présence du médecin coordonnateur ne répond pas aux dispositions législatives et réglementaires.	D312-156 CASF	<b>Prescription 12 :</b> Adapter le temps de présence du médecin coordonnateur au regard de la taille de l'établissement	<b>12 mois</b>		<b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 13 :</b> La direction n'a pas transmis le PV de la commission de coordination gériatrique réunie en 2023.	D312-158 CASF	<b>Prescription 13 :</b> Transmettre le PV de la commission de coordination gériatrique réunie en 2023.	<b>Immédiat</b>		La pièce justificative n'a pas été identifiée parmi les documents.  <b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 14 :</b> L'établissement ne dispose pas de projet de soins actualisé intégré	L311- 8 CASF D312-158 CASF D311-38 CASF	<b>Prescription 14 :</b> Elaborer un nouveau projet d'établissement comprenant un volet relatif aux soins piloté par le médecin coordonnateur	<b>12 mois</b>		Le projet de soins doit être intégré dans le projet d'établissement qui doit être révisé indépendamment de la programmation de la négociation du CPOM.

dans le projet d'établissement.		Cf écart 2/prescription 2			<b>Prescription maintenue</b>
<b>Ecart 15 :</b> L'établissement n'a pas transmis de liste de dotation pour besoins de soins prescrits en urgence.	ESMS avec PUI : arrêté du 31 mars 1999 ESMS sans PUI : articles L5126-10, R5126-108, R5126-109 du CSP	<b>Prescription 15 :</b>  Transmettre la liste à jour des médicaments pour besoins urgents.	<b>1 mois</b>		<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 16 :</b> L'établissement n'a pas transmis la convention avec le prestataire chargé de la collecte des DASRI.	Article R1335-1 à 8 du CSP Arrêté du 24 novembre 2003 et circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DR T/CT2 n°2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des DASRI Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques	<b>Prescription 16 :</b>  Transmettre le contrat passé avec le collecteur de DASRI.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription levée</b>
<b>Ecart 17 :</b>	L311-8, D311-38 ; L312-7 ; D312-155-0 D312-158 CASF	<b>Prescription 17 :</b> Finaliser et transmettre les conventions avec :	<b>3 mois</b>		A noter, la convention transmise pour le Dr Chaussade n'est pas

Toutes les conventions énoncées n'ont pas été transmises.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- le CHU pour l'activité du gérontopôle ;</li> <li>- le CH G Marchant pour la psychiatrie générale</li> <li>- la clinique Croix du Sud</li> <li>- le laboratoire d'analyse médicale</li> <li>- les médecins libéraux et kinésithérapeutes.</li> </ul>		<div></div>	<p>signée par la directrice de l'établissement</p> <p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>Uniquement concernant le CHU et le CH marchand. Les autres pièces ont été transmises.</p>
---	--	--	--	-------------	--

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

Remarques	Référence règlementaire Bonnes Pratiques	Nature de la mesure attendue Recommandation	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1</b> Les réunions organisées au sein de l'établissement ne font pas l'objet d'un compte rendu écrit et consultable par les personnels absents.	Article 1315, alinéa 2 code civil	<b>Recommandation 1</b> Les comptes rendus de réunions doivent être rédigés et communiqués afin que les absents puissent prendre connaissance de la nature des échanges et des décisions arrêtées.	<b>Immédiat</b>	Tous les comptes rendus des réunions Les réunions organisées en interne sont diffusés à l'ensemble du personnel et consultables sans limitation de durée e par chaque personnel via la solution logicielle Netsoins.	Aucune pièce justificative transmise.  <b>Recommandation maintenue</b>
<b>Remarque 2 :</b> L'établissement est dépourvu de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations.	Manuel HAS d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Mars 2022	<b>Recommandation 2</b> L'établissement doit se doter d'un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations.	<b>6 mois</b>	Le dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations (Procédure et formulaire) sont transmis avec le présent tableau de synthèse des écarts et des remarques	<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 3 :</b> Les documents présentés comme fiches de postes		<b>Recommandation 3</b>	<b>6 mois</b>	Les fiches de postes seront actualisées et harmonisées.	Seule une fiche de poste a été transmise.

sont en réalités de fiches de tâches, leur contenu n'est pas systématiquement actualisé ni harmonisé. L'absence de mention de la fonction d'administration des médicaments sur les fiches de poste des IDE interroge la mission.		L'établissement doit actualiser et harmoniser les fiches de postes.			<b>Recommandation maintenue</b>
<b>Remarque 4 :</b> La Fiche de poste du médecin coordonnateur n'a pas été transmise par l'établissement.		<b>Recommandation 4 :</b> Transmettre la fiche de poste du médecin coordonnateur signée et datée.	<b>1 mois</b>	Le document est transmis avec le présent tableau de synthèse des écarts des remarques.	<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 5 :</b> L'établissement ne dispose pas de l'ensemble des protocoles utiles pour la prise en charge des résidents (soins palliatifs, pec de la douleur, troubles du comportement, politique et circuit du médicament ...).		<b>Recommandation 5 :</b> Recenser ou élaborer les protocoles de bonnes pratiques gériatriques.	<b>6 mois</b>	Les documents suivants sont transmis avec le présent tableau de synthèse des écarts et des remarques : procédure : prise en charge palliative protocoles de bonnes douleur, troubles du pratiques gériatriques. procédure : prise en charge de la douleur procédure : prise en charge des troubles du comportement	Sont transmis dans le cadre de la procédure contradictoire les protocoles de prise en charge palliative / prise en charge de la douleur, prise en charge des troubles du comportement, protocole circuit du médicament, protocole dénutrition, protocole de veille sanitaire de thématiques diverses telles que la Gale, la tuberculose, la GEA, la COVID. Les date d'application se situent de janvier 2024 à juillet 2024. Les protocoles sont tous signés par l'équipe managériale (la directrice, le MEDEC et l'IDEC) sauf le



					<p>protocole de prise en charge de la gale.</p> <p>Il est pris note des protocoles transmis cependant l'établissement doit poursuivre la démarche engagée au travers de thématiques telles que notamment les chutes et la contention.</p> <p><b>Recommandation maintenue</b></p>
<p><b>Remarque 6 :</b></p> <p>La procédure décrivant le circuit du médicament n'est pas rédigée.</p>		<p><b>Recommandation 6 :</b></p> <p>Rédiger la procédure du circuit du médicament en lien avec le pharmacien intervenant dans l'établissement.</p>	<p><b>3 mois</b></p>	<p>Le document est transmis avec le présent tableau de synthèse des écarts des remarques.</p>	<p><b>Recommandation levée</b></p>
<p><b>Remarque 7 :</b></p> <p>L'administration des médicaments n'est pas réalisée systématiquement par une IDE ce qui entraîne des risques dans le circuit du médicament avec des conséquences potentiellement graves pour les résidents.</p>		<p><b>Recommandation 7 a :</b></p> <p>Privilégier la distribution des médicaments par les infirmiers.</p> <p><b>Recommandation 7b :</b> Rédiger une procédure de distribution des médicaments par l'AS lorsque les AS sont chargées de cette tâche.</p>	<p><b>3 mois</b></p> <p><b>Immédiat</b></p>	<p>Le document est transmis avec le présent tableau de synthèse des écarts des remarques. (cf. document joint - remarque 6)</p>	<p><b>Recommandation levée</b></p>

<p><b>Remarque 8 :</b> L'établissement n'a pas transmis les protocoles de CAT en cas de situations de cas groupés de pathologie infectieuse nécessitant des mesures de gestion.</p>		<p><b>Recommandation 8 :</b> Transmettre les protocoles relatifs au signalement et à la gestion des pathologies infectieuses nécessitant des mesures de contrôle dans l'établissement</p>	<p><b>Immédiat</b></p>	<p>Les documents suivants sont transmis avec le présent tableau de synthèse des écarts et des remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la gale</li> <li>. conduite à tenir en cas d'infection respiratoires aiguës (dot COVID)</li> <li>. prévention et gestion des gastro-entérites aiguës</li> <li>. prévention et prise en charge de la dénutrition</li> <li>. tuberculose pulmonaire en ESMS</li> <li>. élimination des déchets</li> </ul>	<p><b>Recommandation levée</b></p> <p>A noter toutefois les procédures comportent des coordonnées erronées : adresse mail ARS, ARLIN qui a été remplacé par le CPIAS, et penser à respecter le formalisme de l'établissement même si la procédure est récupérée parmi la documentation mise à disposition par une structure de vigilance</p>
---	--	---	------------------------	---	--