

Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle « Inspections-Contrôles »  
Conseil départemental de l'Ariège

Réf. : DUAJIQ-PIC/2025-085

Date :: 02 juin 2025

N° PRIC : MS\_2024\_09\_CS\_04

Monsieur le Président du CIAS de la Haute-Ariège  
13 route nationale 20  
09250 LUZENAC

Courrier RAR n° [REDACTED]

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

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « Résidence Sauzeil » à Val de-Sos (09)  
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 de l'inspection réalisée sur le site de l'EHPAD « Résidence Sauzeil » sis Route de Suc à Val de-Sos (09220) en date du 20 mars 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 02 septembre 2024, 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 03 décembre 2024.

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.

Il paraît nécessaire qu'une réflexion approfondie sur l'intérêt de la mutualisation entre l'EHPAD « Résidence Sauzeil » de Val-de-Sos et l'EHPAD « Résidence Le Santoulis » de Luzenac soit conduite en vue de renforcer la fonction d'encadrement et de soutien des deux EHPAD.

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 Madame la Ministre chargée de l'Autonomie et du Handicap ainsi qu'auprès de Madame le Présidente du Conseil départemental de l'Ariège, 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 Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur général et par délégation,  
La Responsable du pôle « Inspections-Contrôles »      La Présidente du Conseil départemental de l'Ariège



Stéphanie HUE



Christine TÉQUI

Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection contrôle et de la qualité - Pôle Régional « Inspections-Contrôle »  
Conseil départemental de l'Ariège

### Annexe à la lettre de clôture

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

### Inspection de l'EHPAD « Résidence Sauzeil »

Route de Suc - 09220 Val-de-Sos

N° PRIC : MS\_2024\_09\_CS\_04

### Inspection du 20 mars 2024

*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.*

<b>Écarts</b>	<b>Rappel de la règlementation</b>	<b>Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue</b>	<b>Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire</b>	<b>Réponses de l'inspecté</b>	<b>N° de justificatifs</b>	<b>Décision des autorités (ARS / CD 09)</b>
<b>Écart 1 :</b> En l'absence d'éléments, la mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement a été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel de la structure et du conseil de la vie sociale, conformément aux attendus réglementaires.	R.311-33 CASF	<b>Prescription 1 :</b> Le gestionnaire doit consulter sur le prochain règlement de fonctionnement 2025-2030 les instances représentatives du personnel et le CVS avant validation. Transmettre les justificatifs.	<b>Au plus tard avril 2025</b>			<b>Prescription 1 maintenue jusqu'à transmission du PV du CVS.</b>
<b>Écart 2 :</b> En l'absence d'éléments, la mission en peut apprécier le respect et les modalités d'information des personnels, des familles, bénévoles et intervenants sur le règlement de fonctionnement.	R.311-34 CASF	<b>Prescription 2 :</b> Le gestionnaire doit afficher le règlement de fonctionnement et mettre en place une procédure permettant de justifier la remise du règlement de fonctionnement à chaque personne qui y est prise en charge ou qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole.  Transmettre les justificatifs.	<b>Au plus tard avril 2025</b>			<b>Prescription 2 maintenue jusqu'à transmission de justificatifs.</b>
<b>Écart 2 bis :</b> Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché.			<b>Affichage immédiat</b>			<b>Levée de la mesure.</b>
<b>Écart 3 :</b> L'EHPAD n'a aucun projet d'établissement en vigueur.	L.311-8, D.311-38-5, D.312-158 et D.311-38-3 et 4 CASF	<b>Prescription 3 :</b> Le gestionnaire doit établir un projet d'établissement. Le gestionnaire pourrait utilement mutualiser avec l'EHPAD de Luzenac.	<b>Concomitamment aux travaux sur le PE de l'EHPAD de Luzenac</b>			<b>Prescription 3 maintenue jusqu'à transmission de justificatifs.</b>

<p><b>Écart 4 :</b> La mission n'a pas de garantie sur la composition du CVS. Le CR de chaque CVS n'est pas signé par la Présidente du CVS conformément au D311-20 CASF et transmis aux autorités administratives ayant délivré l'autorisation (D311-20 CASF). Le CVS ne fait pas l'objet d'un règlement intérieur approuvé.</p>	<p>L.311-6, D.311-3 à 20 et D.311-26 à 32-1 CASF</p>	<p><b>Prescription 4 :</b> La structure doit garantir une composition et un fonctionnement du CVS conformes aux exigences du décret 2022-688 du 25.04.2022. Transmettre le justificatif.</p>	<p><b>Fin 2024</b></p>		<p><b>Prescription 4 levée.</b></p>
<p><b>Écart 5 :</b> L'enquête annuelle de satisfaction n'a pas été réalisée et les résultats ne sont pas affichés et examinés en CVS.</p>	<p>D.311-15 CASF</p>	<p><b>Prescription 5 :</b> La structure doit organiser une enquête de satisfaction annuelle dont les résultats doivent être affichés et présentés les résultats lors d'un CVS.</p>	<p><b>Fin 2024</b></p>		<p><b>Prescription 5 maintenue</b> jusqu'à transmission de justificatifs.</p>
<p><b>Écart 6 :</b> Les personnels ne connaissent pas de procédures relatives aux déclarations de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.</p>	<p>L.331-8-1, R.331-8 et 9 CASF</p>	<p><b>Prescription 6 :</b> La structure doit rédiger et diffuser pour appropriation aux salariés une procédure de déclaration des EIG, EIAs et EIGS en y intégrant la notion « sans délai » et les coordonnées de l'ARS et du CD 09. Transmettre les justificatifs.</p>	<p><b>1 mois</b></p>		<p><b>Prescription 6 maintenue</b> jusqu'à transmission de justificatifs.</p>
<p><b>Écart 7 :</b> Absence de plan bleu conformément à la réglementation en vigueur, en annexe du projet d'établissement</p>	<p>D.312-160 CASF</p>	<p><b>Prescription 7 :</b> Le plan bleu est une annexe du projet d'établissement. Le contenu du plan bleu est régi par l'article R.311-38-1 du CASF.</p>	<p><b>Concomitamment aux travaux sur le PE de l'EHPAD</b></p>		<p><b>Prescription 7 maintenue</b> jusqu'à transmission de justificatifs.</p>

<b>Écart 8 :</b> L'absence de temps de psychologue et d'animatrice est non conforme.	L.311-12, D.312-155-0, D.311-40 CASF	<b>Prescription 8 :</b> La direction veillera à mettre en œuvre la pluridisciplinarité de l'équipe de prise en charge telle que financée par les autorités.  Transmettre le justificatif.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 8 maintenue.</b>
<b>Écart 9 :</b> Des salariés sont identifiés faisant fonction d'aide-soignant. Le statut de faisant fonction d'aide-soignant n'est pas reconnu réglementairement.	L.4394-1 CSP	<b>Prescription 9 :</b> Le gestionnaire doit s'assurer de l'effectivité de la professionnalisation des salariés. Il doit mettre en œuvre un plan d'actions visant à recruter des salariés qualifiés ou à développer un plan de formation/qualification.  Transmettre tout justificatif.	<b>1 an</b>		<b>Prescription 9 maintenue.</b>
<b>Écart 10 :</b> La direction n'a pas désigné de référent pour l'activité physique et sportive.	L.311-12, D.311-40 CASF	<b>Prescription 10 :</b> Le gestionnaire doit procéder au recrutement ou à la désignation d'un référent APA.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 7 maintenue jusqu'à transmission de justificatifs.</b>

		Transmettre tout justificatif.			
<b>Écart 11 :</b> La mission n'a pas constaté la présence du bulletin n°3 du casier judiciaire ou la preuve de la vérification de cet extrait avant prise de fonction.	L.133-6 du CASF	<b>Prescription 11 :</b> Le gestionnaire doit s'assurer de la compatibilité de tous ses employés à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables.  Transmettre tout justificatif.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription 11 levée.</b>
<b>Écart 12 :</b> Le système d'appel ne permet pas d'assurer une réponse rapide et opérationnelle aux agents de la même manière dans tout l'établissement.	L.311-3 CASF	<b>Prescription 12 :</b> Le gestionnaire doit mettre en place un dispositif d'appel malade garantissant la sécurité des résidents.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 12 maintenue.</b>
<b>Écart 13 :</b> L'établissement n'a pas transmis de procédure d'admission formalisée.  Le jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas d'un MEDEC donnant son avis sur les demandes d'admission.	D.312-155-1 CASF	<b>Prescription 13 :</b> L'établissement doit mettre en place une procédure d'admission formalisée  Transmettre tout justificatif.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 13 levée.</b>
<b>Écart 14 :</b> Le contrat de séjour comporte des incomplétiltés et des dispositions non actualisées tant dans son corps que dans ses annexes.	L.311-3 CASF  Livret d'accueil avec ses annexes : L.311-4 CASF : Contrat de séjour : L.311-4 CASF Signature : D.311 CASF Etat des lieux : L.311-7-1 CASF	<b>Prescription 14 :</b> La direction veillera à établir une fiche réflexe comportant les différents documents relevant du dossier administratif du résident pour faciliter la bonne tenue des dossiers. Une mise à jour complète des dossiers des résidents devra être réalisée. La mission rappelle l'obligation de révision annuelle du contrat de séjour. Elle veillera également au strict respect des droits du résident, notamment sur la	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 14 maintenue.</b>

document individuel de prise en charge.		qualité du signataire du contrat de séjour.			
<b>Écart 16 :</b> L'établissement n'a pas mis en place un modèle de document annexé au contrat de séjour décrivant les mesures particulières afin d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident.  Il n'y a pas de réévaluation à 6 mois puis annuelle du contrat de séjour ou des annexes.	L.311-4-1, R.311-0-6, R.311-0-7, R.311-0-9 CASF	La direction veillera à la mise en œuvre d'une annexe au contrat séjour sur la liberté d'aller ou venir.  Transmettre les justificatifs.			
<b>Écart 17 :</b> Tous les résidents ne disposent pas d'un PAP.	L.311-3, 7° et D.312-155-0 3° CASF	<b>Prescription 15 :</b> La direction doit veiller à ce que chaque résident dispose d'un PAP mis à jour.  Transmettre une extraction du logiciel TITAN	<b>6 mois</b>		<b>Prescription 15 maintenue.</b>
<b>Écart 18 :</b> L'établissement ne dispose pas, au jour de l'inspection, d'un MEDEC.	L.313-12 V, D.312-156 à D.312-159-1 CASF	<b>Prescription 16 :</b> Le gestionnaire doit recruter le temps de MEDEC prévu par la réglementation (0,4 ETP) pour les EHPAD de moins de 60 places.  L'ensemble des missions du MEDEC ne sont donc pas mises en œuvre.	<b>6 mois</b>		<b>Prescription 16 maintenue.</b>

		Une mutualisation avec le MEDEC de l'EHPAD de Luzenac est à rechercher. Transmettre les justificatifs.			
Écart 19 : L'établissement ne dispose pas d'un MEDEC pour animer la commission de coordination gériatrique.	D.312-158 CASF	Cf. Prescription 16			
Écart 20 : L'établissement n'a pas transmis de projet d'établissement incluant un volet relatif aux soins.	L.311- 8, D312-158 et D.311-38 - 5 CASF	Cf. prescription 3			
Écart 21 : L'établissement ne dispose pas d'un MEDEC chargé de coordonner l'évaluation gériatrique individuelle des résidents.	D.312-158, R.314-170 et 170-1 CASF	Cf. Prescription 16			
Écart 22 : L'établissement ne dispose pas d'un MEDEC qui contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé de la structure.	D.312-158 CASF	Cf. Prescription 16			
Écart 23 : L'établissement ne dispose pas d'un MEDEC chargé de rédiger le rapport médical d'activité annuel de la structure.	D.312-158 CASF	Cf. Prescription 16	3 mois		
Écart 24 : L'établissement ne dispose pas d'un MEDEC chargé d'identifier les risques éventuels pour la santé publique de la population hébergée.	D.312-158 CASF	Cf. Prescription 16	3 mois		
Écart 25 : L'établissement ne dispose pas d'un MEDEC chargé de mettre à jour les protocoles de bonnes pratiques existants et de les faire connaître au personnel soignant.	D.312-158 CASF	Cf. Prescription 16			

<b>Écart 26 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une procédure écrite actualisée décrivant le circuit du médicament.	RBPP Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification - HAS mars 2022	<b>Prescription 17 :</b> L'établissement doit mettre en place une procédure actualisée sur le circuit du médicament. La convention avec la pharmacie d'officine doit être transmise pour vérification de sa conformité aux bonnes pratiques pharmaceutiques. Transmettre les justificatifs.	1 mois		<b>Prescription 17 maintenue.</b>
<b>Écart 27 :</b> La convention avec l'officine n'a pas été transmise par l'établissement.	L.5126-10 II, R.4235-48 CSP				
<b>Écart 28 :</b> L'établissement n'a pas transmis le contrat passé avec le collecteur de DASRI.	R.1335-1 à 8 CSP	<b>Prescription 18 :</b> L'établissement veillera à transmettre la convention avec le collecteur de DASRI aux autorités.	Immédiat		<b>Prescription 18 levée.</b>
<b>Écart 29 :</b> En l'absence de MEDEC, de psychologue et d'animateur, l'établissement ne dispose pas d'une équipe pluridisciplinaire telle qu'elle est définie à l'article D 312-155-0 du CASF.	D.312-155-0 CASF	Cf. Prescription 8			
<b>Écart 30 :</b> L'absence cumulée de paramédicaux sur deux périodes de la journée ne respecte pas les dispositions réglementaires.	D.312-155-0 CASF	<b>Prescription 19 :</b> L'établissement doit veiller à la présence de personnels paramédicaux sur la journée en réorganisant les plannings au besoin.	3 mois		<b>Prescription 19 maintenue.</b>
<b>Écart 31 :</b> L'établissement n'a transmis aucune convention avec les partenaires hospitaliers à l'exception de l'EMH.	L.311-8, D.311-38, L.312-7, D.312-155-0, D.312-158 CASF	<b>Prescription 20 :</b> L'établissement doit transmettre les conventions de partenariat à jour.	6 mois		<b>Prescription 20 maintenue.</b>
<b>Écart 32 :</b> La direction n'a transmis aucun convention de partenariat avec le secteur ambulatoire.					

Remarques	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 des autorités (ARS / CD 09)
<b>Remarque 1 :</b> Aucun organigramme hiérarchique et fonctionnel n'est communiqué. Il paraît essentiel que les missions et responsabilités entre le directeur du CIAS, la directrice de l'EHPAD et les différents cadres soient clarifiées.	<p><b>Recommandation 1 :</b> Un organigramme hiérarchique et fonctionnel et des documents définissant les délégations doivent permettre de clarifier les missions et les responsabilités dans les 2 EHPAD gérés par le gestionnaire et qui ont direction, MEDEC et personnels administratifs communs.</p> <p>L'objectif est de renforcer la fonction d'encadrement, de mutualisation des responsabilités et compétences (avec des référents thématiques communs).</p>	3 mois		Recommandation 1 levée.	
<b>Remarque 2 :</b> Aucun document de délégation ou document d'ordre interne définissant la chaîne des compétences, des missions et des responsabilités respectives entre le Président du CIAS, le directeur du CIAS, la directrice des solidarités et la cheffe de service n'est communiqué.					
<b>Remarque 3 :</b> Il n'existe pas de procédure formalisée concernant la continuité de fonction de direction et astreinte de direction.	<p><b>Recommandation 2 :</b> L'existence d'un procédure formalisée sur la continuité de direction et l'astreinte de direction permettra à vocation à sécuriser les personnels en cas d'incidents.</p>	2 mois		Recommandation 2 maintenue sur la formalisation.	
<b>Remarque 4 :</b> La promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, bien que réelle, ne fait pas suffisamment l'objet de formalisation, d'une politique et d'une stratégie d'ensemble. L'établissement ne dispose pas d'un document formalisé d'évaluation des risques concernant les résidents.	<p><b>Recommandation 3 :</b> Un plan d'actions doit être identifié au sein du volet bientraitance du prochain projet d'établissement.</p>	Lors de l'élaboration du PE		Recommandation 3 maintenue.	

<b>Remarque 5 :</b> La gouvernance n'a pas désigné un responsable qualité parmi les membres de la direction de l'EHPAD qui ne soit pas forcément la directrice. Cette fonction peut être mutualisée sur les 2 EHPAD gérés par le CIAS.	Cf. Recommandation 1	<b>3 mois</b>		
<b>Remarque 6 :</b> L'absence de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et doléances ne permet ni d'en évaluer leur teneur et leur traitement par l'établissement, ni d'en faire état devant le CVS.	<b>Recommandation 4 :</b> Le gestionnaire est invité à mettre en place un dispositif de recueil et analyses des réclamations et doléances et de présenter les traitements aux personnels et aux CVS	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation 4 maintenue.</b>
<b>Remarque 7 :</b> Les comptes rendus du Comité Social Territorial (CST) sur les points concernant l'EHPAD ne sont pas communiqués à la directrice et à la cheffe de service de l'établissement.	<b>Recommandation 5 :</b> Le gestionnaire est invité à transmettre à la direction les points du CST relevant de l'EHPAD.	<b>Prochain CST</b>		<b>Recommandation 5 maintenue.</b>
<b>Remarque 8 :</b> Absence de plan de formation formalisé tenant compte des objectifs du projet d'établissement	<b>Recommandation 6 :</b> Un plan de formation formalisé et spécifique aux EHPAD accès sur la prise en charge des résidents et la qualité est recommandé au-delà des formations obligatoires.	<b>Suite aux entretiens 2025 du personnel</b>		<b>Recommandation 6 maintenue.</b>
<b>Remarque 9 :</b> Absence de groupe de soutien de pratiques professionnelles	<b>Recommandation 7 :</b> La direction est invitée à réfléchir sur la mise en œuvre de groupe de soutien de pratiques professionnelles	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation 7 maintenue.</b>

<b>Remarque 10 :</b> Le DUERP produit date de 2015 et n'a fait l'objet d'aucune mise à jour annuelle. Il n'a pas fait l'objet de transmission à la médecine travail et aux services de prévention	<b>Recommandation 8 :</b> Le gestionnaire est invité à mettre à jour annuellement son DUERP comme le prévoit la réglementation du travail.	<b>6 mois</b>		<b>Recommandation 8 maintenue.</b>
<b>Remarque 11 :</b> L'évaluation de la criticité des risques est partielle. Les préconisations et mesures préventives ne font pas l'objet de plans d'actions et de suivi effectif.				
<b>Remarque 12 :</b> L'entretien des fenêtres extérieures côté rez-de-jardin et des aménagements pour l'accès au parc par les résidents doivent être envisagés.	<b>Recommandation 9 :</b> Le gestionnaire doit veiller à l'entretien des fenêtres extérieures et à l'entretien des accès aux parcs	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation 9 maintenue.</b>
<b>Remarque 13 :</b> La dotation en médicaments urgents n'est pas formalisée.	<b>Recommandation 10 :</b> Les IDE doivent formaliser la dotation en médicaments urgents. Cela doit être réalisé de manière mutualisé avec l'EHPAD de Luzenac.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation 10 maintenue.</b>