

Le directeur général

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00144



**LETTER RECOMMENDED WITH ACCUSE RECEIPT**

Madame la présidente,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Les Marais sis 183 rue du 14 Juillet à Margny-lès-Compiègne (60280) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 20 mars 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 12 août 2024.

Par courrier reçu par mes services le 11 septembre 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

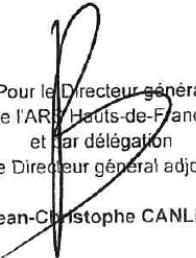
A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Madame Christine JEANDEL  
Présidente  
Groupe Colisée  
7, allée Haussmann  
33300 BORDEAUX

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à [ARS-HDF-CP@ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-CP@ars.sante.fr), dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effectives des actions prévues.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Je vous prie d'agrérer, Madame la présidente, l'assurance de ma considération distinguée.

  
Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint  
Jean-Christophe CANLER

Copie à Madame Marine CORDA, directrice de l'établissement

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

## Mesures correctives à mettre en œuvre

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Marais à Margny-lès-Compiègne (60280) initié le 20 mars 2024

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)  | Délai de mise en œuvre          | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|---------------------------------|---|
| <b>E8</b>   | Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des « faisant fonction d'AS » ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE. | <b>Prescription n°1 :</b><br>Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF, transmettre un échéancier ainsi que les fiches de poste/tâches révisées à la mission de contrôle. | <b>Dès réception du rapport</b> |   |
| <b>E10</b>  | Les médecins coordonnateurs ne disposent pas, au jour du contrôle, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.  | <b>Prescription n°2 :</b><br>Engager les médecins coordonnateurs dans un dispositif de formation afin de se conformer aux dispositions de l'article D. 312-157 du CASF.  | <b>6 mois</b>                   |   |
| <b>E9</b>   | Les médecins coordonnateurs réalisent des missions de médecin prescripteur au détriment de leurs missions de coordination, ce qui contrevient aux dispositions de l'article  | <b>Prescription n°3 :</b><br>S'assurer que le temps de travail des médecins coordonnateurs est dédié à la réalisation de leurs missions de coordination conformément à l'article D.  | <b>1 mois</b>                   |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |   | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
|   | D. 312-156 du CASF.   | 312-156 du CASF.  |                        |   |
| E14   | Le rapport annuel d'activité médicale n'est pas conforme aux articles D. 312-158, alinéa 10 et D. 312-203 du CASF.  | <p><b>Prescription n°4 :</b><br/>Réviser le RAMA conformément à la réglementation en vigueur en précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ;</li> <li>- la soumission pour avis à la commission de coordination gériatrique ;</li> </ul> <p>et le faire signer par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.</p> | 4 mois                 |   |
| E11   | La fiche de poste des médecins coordonnateurs ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.   | <p><b>Prescription n°5 :</b><br/>Mettre à jour la fiche de poste du médecin coordonnateur afin de se conformer à la réglementation.</p>   |                        | 09/09/2024  |
| E7  | En ne vérifiant pas le bulletin du casier judiciaire national et la nature du diplôme obtenu des agents, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes du personnel à exercer auprès de personnes vulnérables. | <p><b>Prescription n°6 :</b><br/>Renouveler régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF, réviser et transmettre les qualifications du personnel à la mission de contrôle.</p>   | 1 mois                 |   |
| E16   | Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas élaboré dans un délai de 6 mois suivant l'admission du résident, contrairement aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.  | <p><b>Prescription n°7 :</b><br/>Etablir les projets personnalisés des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.</p>  | 3 mois                 |   |
| E1  | La composition actuelle du CVS n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF.   | <p><b>Prescription n°8 :</b><br/>Mettre en conformité la composition du CVS tel que précisé par l'article D. 311-5 du CASF.</p>   | 3 mois                 |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|---|
| <b>E2</b>   | Le projet d'établissement ne reprend pas l'ensemble des dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et des recommandations de la HAS.   | <p><b>Prescription n°9 :</b><br/>Les documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et contrat de séjour) doivent être révisés conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p>                | <b>6 mois</b>          |   |
| <b>E13</b>  | Le projet de soins n'a pas été élaboré par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D. 312-158 du CASF.  |   |                        |   |
| <b>E12</b>  | Le projet de soins ne présente pas l'ensemble de la prise en charge médicale dont les soins palliatifs, contrairement à l'article L. 311-8.  |   |                        |   |
| <b>E5</b>   | En l'absence de consultation des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'article R. 311-33 du CASF n'est pas respecté.   |   |                        |   |
| <b>E6</b>   | Le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. |   |                        |   |
| <b>E15</b>  | Le contrat de séjour n'est pas conforme aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.  |   |                        |   |
| <b>E3</b>   | Le plan bleu n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.          | <b>Prescription n°10 :</b><br>Etablir un plan bleu conforme à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD et l'intégrer au projet d'établissement. | <b>6 mois</b>          |   |
| <b>E4</b>   | En n'intégrant pas les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans le projet d'établissement, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D. 312-160 du      |   |                        |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|---|
|   | CASF.  |   |                        |   |
| <b>R6</b>   | L'établissement n'a pas transmis à la mission de contrôle l'attestation de la formation spécifique à l'encadrement de l'IDEC.  | <b>Recommandation n°1 :</b><br>Transmettre à la mission de contrôle l'attestation de la formation spécifique à l'encadrement de l'IDEC.         |                        | <b>09/09/2024</b>   |
| <b>R4</b>   | La procédure de gestion interne des événements indésirables n'a pas été révisée depuis 2017.   | <b>Recommandation n°2 :</b><br>Actualiser les procédures relatives aux événements indésirables.   | <b>3 mois</b>          |   |
| <b>R5</b>   | La procédure de déclaration externe des événements indésirables est incomplète.  |   |                        |   |
| <b>R2</b>   | Le bilan des enquêtes de satisfaction n'est pas formalisé.   | <b>Recommandation n°3 :</b><br>Formaliser le bilan des enquêtes de satisfaction.  | <b>3 mois</b>          |   |
| <b>R3</b>   | Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas formalisées dans un plan global d'actions, prenant notamment en compte les résultats des enquêtes de satisfaction et du bilan des réclamations, etc. | <b>Recommandation n°4 :</b><br>Rédiger un plan global d'actions concernant les actions d'amélioration continue de la qualité.                   | <b>3 mois</b>          |   |
| <b>R10</b>  | Dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées régulièrement.  | <b>Recommandation n°5 :</b><br>Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière.                               | <b>1 mois</b>          |   |
| <b>R9</b>   | La procédure d'admission est incomplète.   | <b>Recommandation n°6 :</b><br>Mettre à jour la procédure d'admission.  | <b>3 mois</b>          |   |
| <b>R12</b>  | L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence.  | <b>Recommandation n°7 :</b><br>Etablir et transmettre les protocoles relatifs à la nutrition, aux changes et à la prévention de l'incontinence. | <b>2 mois</b>          |   |
| <b>R7</b>   | L'établissement a précisé un taux de turn-over des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.  | <b>Recommandation n°8 :</b><br>Étudier les causes du turn-over des équipes soignants, identifier des leviers d'amélioration et mettre en place  | <b>6 mois</b>          |   |

| Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle |  | Prescriptions (P) / Recommandations (R)   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|---|
|   |  | un plan d'actions.  |                        |   |
| R11   | Les transmissions effectuées au sein de l'EHPAD ne sont pas ciblées.   | <b>Recommandation n°9 :</b><br>Mettre en place les transmissions ciblées au sein de l'établissement et organiser des formations ou sensibilisations à destination du personnel sur celles-ci. | 5 mois                 |   |
| R8  | En l'absence de transmission de l'ensemble des feuilles d'émargement, la mission contrôle ne peut garantir l'organisation régulière de formations internes/externes. | <b>Recommandation n°10 :</b><br>Transmettre l'ensemble des feuilles d'émargement relatives aux formations internes/externes réalisées en 2023.  |                        | 09/09/2024  |
| R1  | L'établissement n'a pas transmis les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire (les réunions régionales, par exemple).                      | <b>Recommandation n°11 :</b><br>Transmettre à la mission de contrôle les 3 derniers comptes rendus de réunion avec l'organisme gestionnaire (les réunions régionales, par exemple).           | 1 mois                 |   |