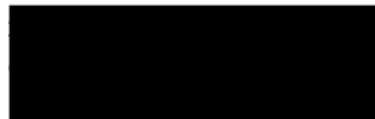


**Le directeur général**

Lille, le

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale  
Sous-direction inspection-contrôle  
Mission n° 2024-HDF-00659



**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Madame la directrice générale,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD La Compassion sis 59 rue d'Amiens à BEAUVAIS (60000) 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 10 février 2025.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 23 avril 2025.

Par courrier reçu le 19 mai 2025, 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 Muriel BLOUIN  
Directrice générale  
Association La Compassion  
Espace P. de Boissieu  
60000 BEAUVAIS

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 effective 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'agréer, Madame la directrice générale, 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 Sophie MILLE, 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 La Compassion à BEAUVAIS (60000) initié le 10 février 2025.

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> )		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>E10</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'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents faisant fonction ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'État d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<b>Prescription 1 :</b> Entreprendre les démarches pour supprimer les glissements de tâches et transmettre un échéancier à la mission de contrôle. Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification 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, 1° du CASF.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>E13</b>	L'insuffisance des effectifs présents par poste horaire de jour, en termes de nombre d'agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L. 311-3-1° du CASF.			

<b>E8</b>	En ne renouvelant pas régulièrement les extraits de casier judiciaire de son personnel, 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.	<b>Prescription 2 :</b> Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renouvelant régulièrement les extraits de casier judiciaire comme le précise l'article L. 133-6 du CASF.</li> <li>- Formant l'ensemble du personnel à la bientraitance.</li> <li>- Mettant en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles.</li> <li>- Elaborant une procédure relative à la bientraitance.</li> </ul>	<b>3 mois</b>	
<b>E9</b>	La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)</b>		<b>Prescriptions (P) Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
<b>E17</b>	L'ensemble des résidents ne dispose pas d'un projet personnalisé ou d'un projet personnalisé réévalué a minima une fois par an contrairement aux dispositions des articles D. 311, D. 312-155-0 et L. 311-3 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> 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 et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée.	<b>3 mois</b>	

<b>E5</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'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.	<b>Prescription 4 :</b> Etablir un plan bleu conforme à la réglementation et l'intégrer ou l'annexer au projet d'établissement.	<b>6 mois</b>	
<b>E11</b>	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour le recrutement d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP conformément à l'article D. 312-155-0 du CASF.	<b>Dès réception du rapport</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)</b>		<b>Prescriptions (P) Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
<b>E12</b>	La fiche de poste de médecin coordonnateur ne reprend pas l'ensemble des missions présentées par l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Réviser la fiche de poste de médecin coordonnateur conformément à l'article D. 312158 du CASF.	<b>1 mois</b>	

<b>E1</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas constituée et active contrairement à l'article D. 312-158-3° du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Réunir la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D. 312158 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E14</b>	En ne disposant pas d'un projet général de soins en vigueur et spécifique à l'EHPAD, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Le médecin coordonnateur doit élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, un projet général de soins conforme à la réglementation.	<b>6 mois</b>	
<b>E15</b>	L'établissement n'a pas transmis de rapport annuel d'activité médicale respectant les conditions des articles D. 312-155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>Prescription 9 :</b> Etablir un rapport annuel d'activité médicale conforme aux dispositions des articles D. 312155-3, alinéa 9 et D. 312-158, alinéa 10 du CASF.	<b>3 mois</b>	
<b>E4</b>	L'établissement ne dispose pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui est contraire à l'article L. 311-8 du CASF.	<b>Prescription 10 :</b> 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. Cf. Rapport pages 12, 13, 14, 15, 27 et 28.	<b>6 mois</b>	
<b>E6</b>	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions des articles L. 311-3, R. 31133 et du décret n°2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financières dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> )		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>E7</b>	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil spécifique à l'EHPAD et conforme aux dispositions des articles L. 311-4, D. 311-39 et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007.			
<b>E16</b>	Le contrat de séjour ne respecte pas les dispositions de l'article D. 311 et L. 311-4 du CASF.			
<b>E2</b>	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-5, D. 311-9, D. 311-16 et D. 311-20 du CASF.	<b>Prescription 11 :</b> Mettre en conformité le fonctionnement du CVS en : - Réunissant le CVS au minimum 3 fois par an conformément à l'article D. 311-16 du CASF. - Révisant la composition du	<b>6 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> )		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>E3</b>	Le règlement intérieur du CVS n'est pas conforme aux dispositions des articles D. 311-8 et D. 311-19 du CASF.	CVS conformément à l'article D. 311-5 du CASF. - Elisant le président du CVS conformément à l'article D. 311-9 du CASF. - Faisant systématiquement signer les comptes rendus de réunions de CVS par son président conformément à l'article D. 311-20 du CASF. - Révisant le règlement intérieur du CVS et en le faisant valider lors de la 1 <sup>ère</sup> réunion du CVS en place conformément aux articles D. 311-8 et D. 311-19 du CASF.		
<b>R6</b>	L'IDEC ne dispose pas, au jour du contrôle, de formation spécifique au métier d'encadrement.	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre l'attestation de réussite de l'IDEC une fois sa formation finalisée.	<b>3 mois</b>	
<b>R15</b>	Le personnel n'est pas formé aux protocoles.	<b>Recommandation 2 :</b> Former le personnel aux protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques.	<b>3 mois</b>	



Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> )		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>R13</b>	Les transmissions ne sont pas ciblées.	<b>Recommandation 3 :</b> Mettre en œuvre les transmissions ciblées au sein de l'établissement.	<b>1 mois</b>	
<b>R5</b>	Le nouvel arrivant ne bénéficie pas d'un accompagnement par un pair.	<b>Recommandation 4 :</b> Mettre en place un système d'accompagnement par un pair les premiers jours suivant la prise de poste au sein de l'établissement.	<b>1 mois</b>	
<b>R2</b>	Le calendrier des astreintes de direction n'a pas été transmis.	<b>Recommandation 5 :</b> Transmettre le calendrier des astreintes de direction.		<b>02/06/2025</b>
<b>R12</b>	Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les études sur les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade ne sont pas réalisées.	<b>Recommandation 6 :</b> Etudier les délais de réponse aux dispositifs d'appel malade de manière régulière afin de s'assurer que ces délais sont corrects.	<b>1 mois</b>	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle ( <i>par ordre de priorité</i> )		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>R11</b>	Le protocole relatif aux projets personnalisés manque de précisions concernant la temporalité de son élaboration, les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'actualisation.	<b>Recommandation 7 :</b> Réviser le protocole relatif aux projets personnalisés.	<b>3 mois</b>	
<b>R10</b>	La procédure d'admission est incomplète.	<b>Recommandation 8 :</b> Compléter la procédure d'admission.	<b>1 mois</b>	
<b>R4</b>	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'EHPAD.	<b>Recommandation 9 :</b> Etablir un livret d'accueil du nouvel arrivant spécifique à l'EHPAD.	<b>3 mois</b>	

<b>R14</b>	L'établissement ne dispose pas de protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	<b>Recommandation 10 :</b> Elaborer, avec le concours de l'équipe soignante, les protocoles relatifs aux troubles du comportement, aux changes et à la prévention de l'incontinence, aux soins palliatifs et à la fin de vie.	<b>6 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)</b>		<b>Prescriptions (P) Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
<b>R1</b>	L'organigramme n'est pas nominatif.	<b>Recommandation 11 :</b> Transmettre un organigramme nominatif.		<b>19/05/2025</b>
<b>R7</b>	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<b>Recommandation 12 :</b> Etudier les causes du taux d'absentéisme des équipes soignantes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.	<b>6 mois</b>	
<b>R8</b>	Le taux de turn over des effectifs soignants pour 2024 n'a pas été transmis par l'établissement.	<b>Recommandation 13 :</b> Transmettre le taux de turn over des effectifs soignants pour l'année 2024.		<b>19/05/2025</b>

<b>R3</b>	L'établissement n'a pas transmis de bilan annuel effectif des plaintes et réclamations des usagers.	<b>Recommandation 14 :</b> Transmettre le bilan annuel des plaintes et réclamations des usagers pour 2022, 2023 et 2024.	<b>1 mois</b>	
<b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle (par ordre de priorité)</b>		<b>Prescriptions (P) Recommandations (R)</b>	<b>Délai de mise en œuvre</b>	<b>Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)</b>
<b>R9</b>	L'établissement n'a pas transmis les fiches de tâches des postes assurés par les IDE, AS, AMP, auxiliaires de vie et ASH.	<b>Recommandation 15 :</b> Transmettre les fiches de tâches des postes assurés par les IDE, AS, AMP, auxiliaires de vie et ASH.	<b>1 mois</b>	