

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

Téléphone : 05.34.50.24.52

Réf. : DUAJIQ-PIC/2025-169

Date : 13 novembre 2025

N° PRIC : MS\_2025\_48\_CS\_01

Courrier RAR n°

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et  
Le Président du Conseil départemental de la Lozère

À

Monsieur le Président de l'Association « COS Lozère »  
12 quai pont de Peyre  
BP 7  
48100 MARVEJOLS

Copie de cet envoi à Monsieur le directeur de l'établissement

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « Résidence La Colagne » à Marvejols (48) : clôture de la procédure contradictoire

**PJ :** Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Résidence La Colagne » sis 12 quai pont de Peyre à Marvejols (48100) en date des 12 et 13 mars 2025, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 27 juin 2025, 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 25 juillet 2025.

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.

Nous attirons particulièrement votre attention :

- Sur la nécessité de revoir dans les plus brefs délais le projet d'établissement, dont le projet de soins qui requiert un travail collectif, pour répondre à une prise en charge de qualité de la santé des résidents ;
- Sur l'amélioration de la qualité de vie au travail des salariés en lien avec l'Inspection du travail.

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 ([ars-oc-dd48-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dd48-direction@ars.sante.fr) et [autonomie@lozere.fr](mailto:autonomie@lozere.fr)) 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 du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ainsi qu'auprès de Monsieur le Président du Conseil départemental de la Lozère, 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 »



Stéphanie HUE

*Télé contradictoire*  
Le Président du Conseil départemental de la Lozère





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

Annexe à la lettre de clôture

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « Résidence La Colagne » à Marvejols (48100)

12 et 13 mars 2025

N° PRIC : MS\_2025\_48\_CS\_01

*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.*

Agence Régionale de Santé Occitanie  
26-28 Parc-Club du Millénaire  
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001  
34067 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie.ars.sante.fr

Conseil départemental de la Lozère  
Hôtel du Département  
4 rue de la Rovère - BP 24  
48001 MENDE CEDEX

[Lozère](#)

Écarts (15)	Rappel de la réglementation	Mesures (prescription) et Mesures correctives 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	Décisions des autorités (ARS / CD 48)
<b>Écart 1 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide et conforme à la réglementation.	L311-7 et R311-33 à R311-37-1 CASF	<b>Prescription 1 :</b> Élaborer un règlement de fonctionnement conforme à la réglementation.	1 mois		<b>Prescription 1 maintenue</b> dans l'attente de la transmission du nouveau règlement de fonctionnement.	
<b>Écart 2 :</b> Le projet d'établissement n'est pas valide et contrevient à la réglementation en vigueur.	L311-8 D311-38 (3,4 et 5) D312-158 CASF	<b>Prescription 2 :</b> Élaborer un projet d'établissement.	1 mois		<b>Prescription 2 maintenue</b> dans l'attente de la transmission aux autorités compétentes d'un projet d'établissement validé après les consultations réglementaires.	

<p><b>Écart 3 :</b> En 2023 et 2024, seulement deux réunions ont été organisées alors que la réglementation impose un minimum de trois réunions par an. Contrevient à la réglementation en vigueur.</p>	L311-6, D311-3 à 20 et D311-32-1 CASF	<p><b>Prescription 3 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation. Transmettre tout élément de preuve.</p>	<b>Immédiat</b>		<p><b>Prescription 3 levée.</b> Il est rappelé à l'établissement que l'article D311-16 du CAFS stipule une convocation du CVS à minima trois fois par an. Les CR doivent être signés réglementairement par la Présidente du CVS. Transmettre aux autorités compétentes le calendrier 2025 et les CR des réunions d'ores et déjà réalisées.</p>
<p><b>Écart 4 :</b> Il n'existe pas d'enquête annuelle de satisfaction proposée aux résidents et à leur famille.</p>	D311-15CASF	<p><b>Prescription 4 :</b> Mettre en place une enquête annuelle de satisfaction pour les résidents et leurs familles.</p>	<b>Immédiat</b>		<p><b>Prescription 4 levée sous réserve de la production du rapport de l'enquête 2025 aux autorités compétentes.</b> Il est rappelé à l'établissement l'annualité réglementaire de l'enquête.</p>

<b>Écart 5</b> : Le projet d'établissement doit intégrer le plan bleu.	L311-8 CASF D312-160 CASF	<b>Prescription 5</b> : Intégrer le plan bleu dans le projet d'établissement à élaborer.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription 5 maintenue.</b> Cf. Prescription 2
<b>Écart 6</b> : La composition pluridisciplinaire de l'équipe n'est pas conforme à la réglementation.	L311-12 CASF D312-155-0, D311-40 CASF	<b>Prescription 6</b> : Se mettre en conformité à la réglementation.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription 6 levée.</b>

<p><b>Écart 7 :</b> L'EHPAD ne dispose pas de MEDEC, ce qui contrevient à la réglementation en vigueur.</p>	L311-12 CASF D312-155-0, D311-40 CASF	<p><b>Prescription 7.</b> Recruter un MEDEC à 0,6 ETP compte tenu de la capacité de l'EHPAD.</p>	<b>2025</b>		<p><b>Prescription 7 maintenue.</b> La mission prend acte de la démarche de prospection réalisée. Toutefois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'établissement n'a pas précisé si la quotité de temps de travail correspond pour l'EHPAD « Résidence La Colagne à 0,6 ETP conformément à la réglementation.</li> <li>▪ Il est rappelé que le recours à la télé médecine a un caractère limité dans le temps.</li> </ul>
<p><b>Écart 8 :</b> Le référent pour l'activité physique et sportive doit être désigné parmi les personnels de l'EHPAD.</p>	D.311-40 CASF	<p><b>Prescription 8 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	<b>Immédiat</b>		<p><b>Prescription 8 maintenue.</b></p>
<p><b>Écart 9 :</b> La mission n'a pu constater, sur l'ensemble des dossiers consultés, l'existence de la réalisation du contrôle des antécédents judiciaires, en l'absence de B3.</p>	L133-6 CASF	<p><b>Prescription 9 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	<b>Immédiat</b>		<p><b>Prescription 9 levée.</b></p>
<p><b>Écart 10 :</b> L'affichage réglementaire du projet d'établissement n'est pas établi.</p>	L311-4 CASF	<p><b>Prescription 10 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation. Transmettre tout élément de preuve d'effectivité.</p>	<b>1 mois</b>		<p><b>Prescription 10 maintenue</b> jusqu'à la validation finale du PE et donc son affichage. En apporter la preuve, par tout moyen, aux autorités compétentes.</p>

<p><b>Écart 11 :</b> Sur l'échantillon de dossiers des résidents consultés, tous les éléments législatifs et réglementaires ne figurent pas, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contrat de séjour signé,</li> <li>• Le règlement de fonctionnement,</li> <li>• Le recueil du consentement pour le recueil des données personnelles,</li> <li>• Le recueil des directives anticipées,</li> <li>• L'état des lieux,</li> <li>• L'accord ou le refus d'autorisation d'entrée dans la chambre (domicile) lors d'un contrôle pour les contrats de séjour signés à compter du 08 avril 2024.</li> </ul>	L.311-4 CASF L.311-7-1 CASF L 342-1 CASF	<p><b>Prescription 11 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	<b>6 mois</b>		<u><b>Prescription 11 maintenue.</b></u>
<p><b>Écart 12 :</b> il n'y a pas de contrat conclu entre l'EHPAD et les médecins libéraux intervenant dans l'établissement.</p>	L.313-12 V CASF	<p><b>Prescription 12 :</b> Établir des contrats avec chaque intervenant libéral.</p>	<b>6 mois</b>		<u><b>Prescription 12 levée.</b></u>
<p><b>Écart 13 :</b> L'absence de RAMA 2024 contrevient à la réglementation en vigueur</p>	D312-158 (10) CASF	<p><b>Prescription 13 :</b> Se mettre en conformité avec la réglementation. Transmettre le RAMA 2024.</p>	<b>Immédiat</b>		<u><b>Prescription 13 levée.</b></u>

<p><b>Écart 14 :</b> Écart 14 : Depuis plusieurs années, le PASA fonctionne de manière aléatoire, la fermeture pouvant durer au-delà d'un an. Or, de nombreux besoins sont recensés, non couverts aux jours de l'inspection. Par ailleurs, il est financé pour un effectif à hauteur de 12 places alors que le taux de remplissage est autour de 50 %.</p>	<p>D312-155-0-1 CASF</p>	<p><b>Prescription 14 :</b> Faire fonctionner le PASA conformément aux autorisations données et financées.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Prescription 14 maintenue</b> jusqu'au retour effectif de l'ASG à temps plein et sous délai maximum de 3 mois (fin 2025)</p>
--	------------------------------	--	------------------------	--	--

<b>Écart 15 :</b> L'organisation des repas ne respecte pas le règlement de fonctionnement. En outre, cela porte atteinte au respect des droits des résidents.	L311-3 CASF	<b>Prescription 15 :</b> Revoir l'organisation des repas et des couchers pour respecter les droits des résidents.	<b>2 mois</b>		<b>Prescription 15 maintenue.</b>
<b>Autre :</b> Évaluation interne ? externe ? Un responsable qualité a-t-il été nommé ? L'ensemble du personnel est-il associé à la démarche ? (réunions, rythme...) ?	Référentiel HAS « Évaluation de la qualité des ESMS » - mars 2022	L'évaluation externe de l'EHPAD « Résidence La Colagne » s'est déroulée du 21 au 24 octobre 2024, en présence de la responsable qualité. Le rapport définitif a été transmis aux autorités de contrôle le 21 mars 2025. Le personnel interrogé sur ce point n'a pas eu connaissance de groupes de travail ou de réunions associés à cette démarche, les résultats ne leur ont pas été présentés. Une responsable qualité est présente dans l'établissement et mutualisée sur les trois EHPAD de l'association « COS Lozère » (en congés maternité les jours de l'inspection).			<b>Ne correspond à aucun écart numéroté par la mission d'inspection.</b>

Remarques (22)	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	Décisions des autorités (ARS / CD 48)
<b>Remarque 1 :</b> Le COS Lozère est invité à revoir ses critères d'admission. 40 % de la population accueillie en GIR 4 n'est pas de nature à caractériser une forte dépendance et peut, de ce fait, ne pas répondre aux besoins des populations fortement dépendantes, en attente de places en EHPAD.	<b>Recommandation 1 :</b> Revoir les critères d'admission.	2 mois			
<b>Remarque 2 :</b> Si les documents existent, force est de constater un manque d'informations précises de cadrage et un manque de rigueur (en lien avec les attendus du législateur).	<b>Recommandation 2 :</b> Améliorer la rédaction et le contenu des informations attendues.	1 mois			
<b>Remarque 3 :</b> L'organigramme de l'établissement n'est pas actualisé et ne reflète pas le fonctionnement ni les responsabilités des différents personnels (Défaut d'exhaustivité).	<b>Recommandation 3 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualiser l'organigramme de l'EHPAD,</li> <li>▪ Prévoir sa révision à chaque mouvement de personnel,</li> <li>▪ Faire apparaître les fonctions mutualisées.</li> </ul>	Immédiat			
<b>Remarque 4 :</b> Le manque de lisibilité du fonctionnement du « COS Lozère » et de la « Fondation COS » est préjudiciable à la bonne identification des responsabilités de chacun.	<b>Recommandation 4 :</b> Redéfinir la gouvernance entre le COS Lozère et la Fondation.	3 mois			

<p><b>Remarque 5 :</b> La continuité de direction est organisée sur le papier mais elle n'est pas toujours opérationnelle et rend, de ce fait, l'organisation fragile. Il est constaté un manque d'appropriation des informations indispensables à la continuité des soins (dilution des responsabilités).</p>	<p><b>Recommandation 5 :</b> Assurer la continuité de direction. Transmettre tout élément de preuve.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><u><b>Recommandation 5 levée.</b></u></p>
<p><b>Remarque 6 :</b> Il n'existe pas de recueil des réclamations et doléances des usagers.</p>	<p><b>Recommandation 6 :</b> Mettre en place un recueil des réclamations et doléances des usagers.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><u><b>Recommandation 6 levée.</b></u></p>
<p><b>Remarque 7 :</b> Le climat social apparaît fortement dégradé (unanimité des personnels interviewés, soit plus de 50 % des personnels de la structure). La mutualisation et ses conséquences, dont l'absence d'encadrement physique et accessible, renforce un sentiment « d'abandon » et des consignes obtenues changeantes ou non obtenues ne sont pas de nature à créer un climat de réassurance.</p>	<p><b>Recommandation 7 :</b> Prendre toute mesure d'amélioration de la gouvernance opérationnelle de la structure.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><u><b>Recommandation 7 levée.</b></u></p>

<p><b>Remarque 8 :</b> La mission n'a pas été en mesure de constater l'existence de RETEX au sein de la structure.</p>	<p><b>Recommandation 8 :</b> Mettre en place des RETEX.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><u>Recommandation 8 levée.</u></p>
<p><b>Remarque 9 :</b> L'absence d'entretien professionnel a été constaté dans les dossiers. Selon les personnels interviewés, ceux- ci n'ont pas lieu régulièrement.</p>	<p><b>Recommandation 9 :</b> Mettre en place des entretiens individuels et les intégrer chaque année dans les dossiers des personnels.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><u>Recommandation 9 levée.</u></p>
<p><b>Remarque 10 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation complet.</p>	<p><b>Recommandation 10 :</b> Élaborer un plan de formation complet.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><u>Recommandation 10 maintenue.</u> Les documents transmis par</p>

				l'établissement ne comportent pas les dates des actions de formation et la liste des participants pour 2025, ce qui permettrait de disposer de la complétude du plan de formation tel qu'indiquée dans la remarque.
<b>Remarque 11 :</b> Les Groupes d'Analyse des Pratiques Professionnelles ne sont pas ouverts aux professionnels du soin.	<b>Recommandation 11 :</b> Ouvrir aux professionnels du soin les groupes d'analyse des pratiques professionnelles.	<b>Immédiat</b>		<p><b>Recommandation 11 maintenue.</b> Celle-ci porte sur l'ouverture aux professionnels du soin des GAPP.</p>
<b>Remarque 12 :</b> Le projet de soins est à revoir au moment de la validation du futur projet d'établissement.	<b>Recommandation 12 :</b> Revoir le projet de soins.	<b>Dès validation du projet d'établissement</b>		<p><b>Recommandation 12 maintenue.</b></p>
<b>Remarque 13 :</b> Certains des protocoles de soins élaborés par « Humanitude Formation » font double emploi avec ceux élaborés par le COS Lozère.	<b>Recommandation 13 :</b> Apporter un éclairage sur les protocoles opérationnels.	<b>Immédiat</b>		<p><b>Recommandation 13 levée.</b></p>

<b>Remarque 14 :</b> La procédure sur les chutes n'est pas connue par les professionnels de santé interrogés. Elle n'a pas été transmise.	<b>Recommandation 14 :</b> Élaborer et transmettre le protocole des chutes.	<b>1 mois</b>		<u>Recommandation 14 maintenue.</u>
<b>Remarque 15 :</b> Le sac à dos d'urgence n'est pas scellé.	<b>Recommandation 15 :</b> Sceller le sac d'urgence après chaque utilisation et chaque vérification du contenu.	<b>Immédiat</b>		<u>Recommandation 15 levée.</u>
<b>Remarque 16 :</b> L'absence d'une AS dans une équipe, depuis des années, et non résolue à ce jour, désorganise les plannings et le travail de des équipes d'AS.	<b>Recommandation 16 :</b> Recruter dès que possible une AS.	<b>2025</b>		<u>Recommandation 16 maintenue.</u>
<b>Remarque 17 :</b> La « faisant fonction d'IDEC » est amenée à assurer d'autres tâches, au détriment des missions de coordination.	<b>Recommandation 17 :</b> Faire une étude prospective quant à la coordination des soins au sein de l'EHPAD.	<b>2025</b>		<u>Recommandation 16 levée.</u>

<b>Remarque 18 :</b> le choix du résident pour son menu n'est pas toujours respecté.	<b>Recommandation 18 :</b> Respecter le choix du résident pour ses menus.	<b>Immédiat</b>		<u>Recommandation 18</u> <u>maintenue.</u> Les éléments apportés sont insuffisants pour s'assurer du respect effectif des choix du résident (cf. rapport d'inspection sur les plats de substitution, par exemple).
<b>Remarque 19 :</b> La convention générale de coopération avec l'hôpital Lozère n'a pas été transmise.	<b>Recommandation 19 :</b> Transmettre la convention de coopération avec l'hôpital Lozère.	<b>Immédiat</b>		<u>Recommandation 19</u> <u>levée.</u>