

DIRECTION GENERALE

Département Inspection Contrôle

Affaire suivie par : ##### #####

Et : ##### #####

EHPAD St Saturnin

Rue de Corbeni

72650 Saint Saturnin

Monsieur ####, Directeur.

ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr

Réf. : M2023_PDL_00026

Nantes, le jeudi 29 juin 2023

Monsieur le directeur,

J'ai l'honneur d'accuser réception des observations que vous avez formulées, dans le cadre de la procédure contradictoire, relatives au rapport initial de contrôle et aux demandes de mesures correctives envisagées.

Vous voudrez bien trouver, ci-joint, le **rappor final de contrôle** assorti des demandes de mesures correctives définitives. Les délais de mise en œuvre de ces mesures commenceront à courir à compter de la date de réception du présent document.

Enfin, je vous demande de transmettre dans un délai d'un an l'état final de réalisation des demandes de mesures correctives auprès du Département Inspection Contrôle (ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr) en vue de l'instruction du suivi de ce contrôle sur pièces.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération distinguée.

P/ Le Directeur Général,
Le Directeur de Cabinet

#####

Contrôle sur pièces le 07/03/2023

Nom de l'EHPAD	EHPAD SAINT SATURNIN		
Nom de l'organisme gestionnaire	FONDATION GEORGES COULON		
Numéro FINESS géographique	720020411		
Numéro FINESS juridique	720012749		
Commune	ST SATURNIN		
Statut juridique	EHPAD Privé non lucratif		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	86		
	HP	86	86
	HT		
	PASA	12	NC
	UPAD		
	UHR		
PMP Validé	206		
GMP Validé	708		
Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	1	0	1
Nombre de recommandations	2	5	7
Demandes de mesures correctives retenues - Rapport final			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	1	0	1
Nombre de recommandations	1	4	5

Instruction du rapport de contrôle : ##### ##### - Chargée de contrôle/Personne qualifiée

Signature du rapport de contrôle : ##### ##### - Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

TABLEAU DES DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES

N° de question	Demandes de mesures correctives	Prescription		Recommandation		Injonction	échéance (dès réception, 6 mois, 1 an)	Réponse EHPAD contradictoire	Réponse ARS	Mesures correctives retenues
		Priorité niveau 1	Priorité niveau 2	Priorité niveau 1	Priorité niveau 2					
1 - GOUVERNANCE										
1.3	Elaborer le document de délégation de pouvoirs et de signature du directeur de l'établissement en conformité avec les articles D. 312-20 et D 312-176-5 du code de l'action sociale et des familles.	1					6 mois	Aucun élément transmis		Mesure maintenue
2 - RESSOURCES HUMAINES										
2.16	Poursuivre les actions de formation sur la bientraitance destinée à tout le personnel.				2		1 an	L'établissement a fourni des informations complémentaires en indiquant que 54% des professionnels ont suivi la formation bientraitance. Déclaration appuyée du tableau de formations	Il est pris acte des précisions apportées. Néanmoins, il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective en l'attente de la poursuite de la formation des agents	Mesure maintenue
2.17	Poursuivre les actions de formation sur la bientraitance destinée à tout le personnel.				2		1 an	L'établissement a fourni des informations complémentaires en indiquant que 51% des professionnels ont suivi la formation sur les troubles psycho comportementaux. Déclaration appuyée du tableau de formations	Il est pris acte des précisions apportées. Néanmoins, il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective en l'attente de la poursuite de la formation des agents	Mesure maintenue
3 - ADMISSION ET ACCOMPAGNEMENT										
3.2	Veiller à l'organisation d'une visite de la personne à son domicile ou dans l'établissement de santé où elle est hospitalisée.				2		6 mois	Aucun élément transmis		Mesure maintenue
3.17	Professionnaliser la fonction d'animateur.				2		1 an	Aucun élément transmis		Mesure maintenue
3.25	Avoir une réflexion institutionnelle afin de réduire le délai de jeûne.			1			6 mois	Aucun élément transmis		Mesure maintenue