



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



DIRECTION GENERALE

Département Inspection Contrôle

Affaire suivie par : #####

Et : #####

ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr

Réf. : M2023_PDL_00224

Monsieur le Président,
EHPAD Les Glycines
10 rue de Nantes
85670 FALLERON

Copie : Madame #####, Directrice.

Nantes, le mardi 26 septembre 2023

Monsieur le Président,

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 **rapport 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 Président, l'expression de ma considération distinguée.

P/ Le Directeur Général,
Le Directeur de Cabinet

#####

Contrôle sur pièces le 24/04/2023

Nom de l'EHPAD	EHPAD LES GLYCINES
Nom de l'organisme gestionnaire	CCAS DE FALLERON
Numéro FINESS géographique	850009317
Numéro FINESS juridique	850009283
Commune	FALLERON
Statut juridique	EHPAD Public Territorial

Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF	Autorisée	Installée
Capacité Totale	23	
	HP	23
	HT	
	PASA	
	UPAD	
	UHR	

PMP Validé	207
GMP Validé	607

	Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial		
	Priorité 1	Priorité 2	Total
	4	6	10
Nombre de prescriptions	4	6	10
Nombre de recommandations	13	20	33

	Demandes de mesures correctives retenues - Rapport final		
	Priorité 1	Priorité 2	Total
	4	6	10
Nombre de prescriptions	4	6	10
Nombre de recommandations	10	18	28

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

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

TABLEAU DES DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES

[illegible]