

DIRECTION GENERALE

Département Inspection Contrôle

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

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

EHPAD Le Marais Julie Bœuf
12 Impasse Julie Bœuf
85420 MAILLEZAIS

Monsieur #####, Président.

ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr

Réf. : M2023_PDL_00178

Nantes, le vendredi 1er 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 22/03/2023

Nom de l'EHPAD	EHPAD MULTISITE VENDEE SEVRE AUTISE		
Nom de l'organisme gestionnaire	CIAS VENDEE SEVRE AUTISE		
Numéro FINESS géographique	850003484		
Numéro FINESS juridique	850029570		
Commune	MAILLEZAIS		
Statut juridique	EHPAD Public	Territorial	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	50		
	HP	50	46
	HT		
	PASA		
	UPAD		
	UHR		
PMP Validé	147		
GMP Validé	602		
Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial			
Nombre d'injonctions			1
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	6	6	12
Nombre de recommandations	9	18	27
Demandes de mesures correctives retenues - Rapport final			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	6	6	12
Nombre de recommandations	9	18	27

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