

DIRECTION GENERALE

Département Inspection Contrôle

Affaire suivie par : #####

Et : #####

#####

ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr

Réf. : M2023_PDL_00076

EHPAD Casteran
18 rue du Dr POIRRIER
53370 ST PIERRE DES NIDS

Madame #####, Directrice.

Nantes, le mardi 11 avril 2023

Madame la directrice,

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 mesures correctives retenues qui vous sont demandées. 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'organisation du suivi de ce contrôle sur pièces.

Je vous prie d'agréer, Madame la directrice, l'expression de ma considération distinguée.

P/ Le Directeur Général,
Le Conseiller auprès de la Direction Générale

#####

Contrôle sur pièces le 02/02/2023			
Nom de l'EHPAD	EHPAD CASTERAN		
Nom de l'organisme gestionnaire	CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE		
Numéro FINESS géographique	530002500		
Numéro FINESS juridique	530031194		
Commune	ST PIERRE DES NIDS		
Statut juridique	EHPAD Public	Territorial	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	35		
	HP	35	34
	HT		
	PASA		
	UPAD		
	UHR		
PMP Validé	164		
GMP Validé	749		
		Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial	
		Priorité 1	Priorité 2
		Total	
Nombre de prescriptions	6	4	10
Nombre de recommandations	12	30	42
		Demandes de mesures correctives retenues - Rapport final	
		Priorité 1	Priorité 2
		Total	
Nombre de prescriptions	5	4	9
Nombre de recommandations	12	25	37

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

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

