

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2024-HDF-00341
[REDACTED]

Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Monsieur Tanguy LEMERSRE
Directeur
EHPAD Résidence des Hauts de Flandre
633 avenue Albert Mahieu
59670 CASSEL

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Résidence des Hauts de Flandre situé au 633 avenue Albert Mahieu à CASSEL (59670) initié le 24 juillet 2024.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2024, l'EHPAD Résidence des Hauts de Flandre situé au 633 avenue Albert Mahieu à CASSEL (59670) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 24 juillet 2024.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 08 janvier 2025.

Par courriel reçu le 28 mars 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Le Directeur général



Hugo GILARDI

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence des Hauts de Flandre à CASSEL (59670) initié le 24 juillet 2024

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E15	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des professionnels non diplômés ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<p>Prescription n°1 : Entreprendre les démarches permettant de prévoir quotidiennement les effectifs suffisants, en nombre et en qualification (supprimer les glissements de tâches notamment) et transmettre un échéancier afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L. 311-3, 1° du CASF.</p>	6 mois	
E14	Au regard de l'insuffisance des effectifs, particulièrement IDE et soignants, identifiée à travers les déclarations de l'établissement, la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents au sens de l'article L311-3, 1° du CASF n'est pas garantie.			
E11	En ne comptant pas de psychologue, de psychomotricien ou d'ergothérapeute parmi ses effectifs alors qu'il dispose d'un PASA, l'établissement contrevient aux dispositions du cahier des charges du PASA.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E12	Le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.	<p>Prescription n°2 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour atteindre un temps de coordination médicale conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.</p>	Immédiat	
E13	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche de poste précisant les missions qui lui sont confiées conformément à l'article D. 312-158 du CASF.	<p>Prescription n°3 : Actualiser, et porter à la connaissance du médecin coordonnateur sa fiche de poste mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF.</p>	1 mois	28 mars 2025

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E19	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué périodiquement et à minima une fois par an, contrairement aux dispositions de l'article D311 du CASF.			
E20	Les rythmes de vie collective ne tiennent pas systématiquement compte des rythmes de vie individuels, dans la mesure où les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	Prescription n°4 : Etablir les projets d'accompagnement personnalisé des résidents dans un délai maximal de 6 mois après leur admission et s'assurer qu'une évaluation périodique de ces projets personnalisés est réalisée, conformément aux dispositions de l'article D. 311 du CASF.	6 mois	
R20	Les projets d'accompagnement personnalisé ne sont pas accessibles et mis en œuvre au sein de l'établissement.			
R19	Aucun protocole définissant les modalités d'élaboration et de révision des projets d'accompagnement personnalisé n'est formalisé en interne.	Recommandation n°1 : Formaliser une trame type de projet d'accompagnement personnalisé et un protocole relatif aux modalités d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé décrivant précisément le processus, le rôle de chaque catégorie professionnelle et l'implication des résidents, de leurs familles et de l'équipe pluridisciplinaire.	3 mois	
R18	Aucune trame type d'un projet d'accompagnement personnalisé n'a été transmis à la mission de contrôle.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E21	Dans la mesure où la collation nocturne n'est pas proposée systématiquement aux résidents, le temps de jeune séparant le repas du soir et le petit déjeuner est parfois supérieur à 12 heures, contrairement aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.	<p>Prescription n°5 :</p> <p>Proposer systématiquement une collation nocturne aux résidents conformément aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015.</p>	Immédiat	
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	<p>Prescription n°6 :</p> <p>Mettre en œuvre régulièrement la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.</p>	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle	Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E2 Au jour du contrôle, les modalités d'organisation du CVS ne sont pas conformes aux dispositions des articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF.	Prescription n°7 : Revoir l'organisation du CVS afin de répondre à l'ensemble des dispositions prévues aux articles L311-6 et D311-3 et suivants du CASF (cf. détails pages 11 et 12 du rapport de contrôle).	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E10	En n'effectuant pas la vérification de l'extrait de casier judiciaire national à l'embauche, puis à intervalle régulier, pour tous les salariés, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	<p>Prescription n°8 : Vérifier de manière exhaustive l'ensemble des extraits de casiers judiciaires des professionnels de l'EHPAD, et perpétuer la démarche en effectuant une vérification à intervalle régulier des extraits de casiers judiciaires conformément à la réglementation.</p>	1 mois	
E8	En l'absence notamment de formation régulière du personnel, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est insuffisamment impulsée au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF, de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, et au Guide de la HAS du 3 octobre 2024 relatif à la Bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance en établissement.	<p>Prescription n°9 : Renforcer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettant en œuvre, conformément à la réglementation, un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la promotion de la bientraitance et à la lutte de la maltraitance ; • formalisant un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement. 	6 mois	
R5	Il n'existe pas de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance, décrivant notamment la conduite à tenir en cas de suspicion d'acte de maltraitance, et les obligations légales en matière de signalement.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E9	Le livret d'accueil n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	<p>Prescription n°10 : Réviser le livret d'accueil, en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • y annexant la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance conformément aux dispositions des articles D311-39 et L311-4 du CASF ; • y précisant conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> - les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ; - les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; - les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 	3 mois	
E7	En n'annexant pas au livret d'accueil une notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-39 du CASF.			
E6	En ne respectant pas l'ensemble des dispositions inscrites au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil contreviennent aux dispositions de l'annexe 2-3-1 du CASF.	<p>Prescription n°11 : Réviser le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement, en modifiant les modalités de facturation aux usagers, ces derniers ne devant pas être redevables de prestations relevant du socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD mentionné dans l'annexe 2-3-1 du CASF (cf. page 14 du rapport de contrôle).</p>	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E5	En n'étant pas renouvelé régulièrement et en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration, le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Prescription n°12 : Réviser le règlement de fonctionnement, notamment en indiquant des horaires de repas cohérents, avant de consulter le CVS et les instances représentatives du personnel dans le cadre de son élaboration conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	6 mois	
R21	Il existe une incohérence entre les horaires des repas transmis par la direction et les horaires mentionnés dans le règlement de fonctionnement.			
E3	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°13 : Formaliser un nouveau projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins, conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	9 mois	
E16	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E4	En ne disposant pas, au jour du contrôle, d'un plan bleu révisé annuellement, annexé au projet d'établissement et détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment de situation sanitaire exceptionnelle, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 311-8, D. 312-160, R. 311-38-1 et R. 311-38-2 du CASF.	Prescription n°14 : Réviser le plan bleu conformément aux dispositions des articles R311-38-1 et 2 du CASF et aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS / VSS2 / DGCS / SD3A / 2022 / 258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	9 mois	
E18	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme à l'annexe 2-3-1 du CASF se rapportant au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD, et aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°15 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions des articles D311 et L311-4 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. pages 31 et 32 du rapport de contrôle).	3 mois	
E17	En ne disposant pas d'un RAMA, élaboré par un médecin coordonnateur et soumis à la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	Prescription n°16 : Formaliser un RAMA retracant les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, le faire cosigner par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement et le soumettre pour avis à la commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions des articles D. 312-158 alinéa 10 et D. 312-155-3 alinéa 9 du CASF.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R22	L'établissement n'a pas transmis d'indication concernant l'accessibilité et la fonctionnalité des dispositifs d'appels malade utilisés par les résidents.	Recommandation n°2 : Transmettre davantage de précision sur la fonctionnalité et les modalités d'accessibilité des dispositifs d'appel malade utilisés par les résidents.	1 mois	
R23	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'effectue pas d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°3 : Réaliser des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R6	En l'absence de formalisation des bilans annuels des plaintes et des réclamations des résidents et de leurs proches, de réalisation d'enquêtes de satisfaction annuelles auprès des résidents et de leurs proches, et de l'élaboration d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global, la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas suffisamment déployée au sein de l'établissement.	Recommandation n°4 : Déployer la démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment en formalisant le processus d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et des plaintes des résidents, en réalisant des enquêtes de satisfaction annuelles auprès des résidents et de leurs proches, et en élaborant un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité global.	6 mois	
R7	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion interne des événements indésirables.	Recommandation n°5 : Formaliser une procédure de gestion des événements indésirables présentant les étapes successives de déclaration, de traitement, de communication et d'archivage en interne.	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R9	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration externe des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS).	Recommandation n°6 : Formaliser un protocole interne décrivant les modalités de déclaration obligatoire des événements indésirables, et des événements indésirables graves (EIG) à l'ARS et au conseil départemental, et les démarches de signalement obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ¹ .	9 mois	
R10	La méthodologie d'analyse et de traitement des événements indésirables graves et / ou récurrents, par le biais de RETEX, n'est pas déployée en interne.	Recommandation n°7 : Analyser les causes des événements indésirables survenus en déployant la méthodologie des CREX : multidisciplinarité des participants, présence des personnes internes / externes concernées, chronologie de l'EI, identification des écarts, puis des facteurs et enfin proposition d'actions correctives / préventives.	3 mois	

¹ La mission de contrôle rappelle que les modalités de signalement sont précisées sur le site de l'ARS, accessible via ce lien: [Je travaille en établissement médico-social | Agence régionale de santé Hauts-de-France \(sante.fr\)](#)

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R8	Le personnel n'est pas sensibilisé à la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables.	Recommandation n°8 : Former et sensibiliser régulièrement les professionnels aux thématiques suivantes et en assurer la traçabilité : <ul style="list-style-type: none">• la déclaration et la gestion en interne des événements indésirables ;• les transmissions ciblées ;• des thématiques diverses traitant des prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, dont les protocoles et les procédures internes.		
R16	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés en interne à des thématiques diverses.		9 mois	
R25	Les professionnels de l'établissement ne sont pas régulièrement formés aux transmissions ciblées.			
R26	Aucune procédure et / ou protocole relatif aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD n'est formalisé en interne.	Recommandation n°9 : Formaliser une gestion documentaire, composée de plusieurs protocoles et procédures internes auxquel(le)s les professionnels peuvent se référer dans le cadre des prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD.	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R17	Aucune procédure de préadmission et d'admission d'un nouveau résident n'est formalisée.	Recommandation n°10 : Formaliser une procédure de préadmission et d'admission d'un nouveau résident en y intégrant l'ensemble des dispositions réglementaires (cf. pages 29 et 30 du rapport de contrôle).	3 mois	
R11	Au jour du contrôle, l'établissement ne dispose pas de procédure spécifique dédiée au processus d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants salariés, et les professionnels ne bénéficient pas d'un livret d'accueil à jour.	Recommandation n°11 : Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant, en précisant les tâches à accomplir par chaque catégorie professionnelle avant et à l'arrivée d'un nouveau salarié, et réviser le livret d'accueil à destination des professionnels.	6 mois	
R14	Les professionnels ne bénéficient pas de fiche de poste.	Recommandation n°12 : Formaliser des fiches de poste pour toutes les catégories professionnelles intervenant au sein de l'établissement.	3 mois	
R12	L'infirmière coordinatrice ne dispose pas de fiche de poste formalisant ses missions d'encadrement et de coordination des soins.			
R1	Le directeur ne dispose pas de fiche de poste décrivant ses missions.			

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R24	L'établissement n'a pas transmis les horaires de transmissions orales ni la qualité des membres qui y participent.	Recommandation n°13 : Transmettre les modalités d'organisation des transmissions orales (créneaux horaires et professionnels participants).	1 mois	28 mars 2025
R13	La direction n'a pas transmis les taux d'absentéisme et de turn over des équipes.	Recommandation n°14 : Transmettre les taux d'absentéisme et de turn over des équipes pour les 3 dernières années.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R15	En l'absence de transmission des feuilles d'émargement des formations (ou attestations de formation), la mission de contrôle ne peut s'assurer de l'effectivité des plans.	Recommandation n°15 : Transmettre à la mission de contrôle l'ensemble des feuilles d'émargement et / ou attestations de réalisation des formations et des sensibilisations inscrites dans les plans 2022 et 2023.	9 mois	
R4	En l'absence de précision, notamment de la composition et de la fréquence des réunions, la mission de contrôle ne peut garantir qu'un CODIR est effectivement mis en œuvre régulièrement.	Recommandation n°16 : Transmettre davantage de précision sur l'organisation des CODIR, notamment en termes de composition et de fréquence de réunion.	1 mois	28 mars 2025
R2	L'organisation de la permanence de direction n'est pas formalisée en dehors des heures de travail journalières de l'équipe de direction et d'encadrement (notamment les nuits).	Recommandation n°17 : Formaliser l'organisation de la permanence de direction en dehors des heures de travail journalières de l'équipe de direction et d'encadrement.	3 mois	28 mars 2025

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport de contrôle		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R3	Les modalités d'intérim en l'absence du directeur ne sont pas formalisées et n'ont pas été précisées à la mission de contrôle.	Recommandation n°18 : Transmettre à la mission de contrôle davantage de précisions sur les modalités d'intérim en l'absence de la direction, et les formaliser.	3 mois	